



Manual de Enfermeros

Junta de Escalafonamiento

Ministerio de Salud – Santa Fe

Decreto 522/13



MANUAL ENFERMERÍA

El presente manual está dirigido a los enfermeros ingresantes al Sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe a los fines de ofrecer contenidos mínimos de los procesos de atención y cuidado enfermero, que sirvan de guía para el trabajo cotidiano que realizan las ENFERMERAS¹ en los distintos SERVICIOS DE SALUD de los efectores y del *sistema de emergencias y traslado*. Es un material complementario del *manual transversal para trabajadores de la salud* y está relacionado con el proceso de trabajo enfermero definido en el perfil.

La finalidad de la atención y cuidado enfermero en los servicios es:

“Garantizar el derecho a la salud de la población respetando en su diversidad a las personas, familias y comunidades, brindando, desarrollando y gestionando cuidados integrales de enfermería en los diferentes niveles de atención o por la modalidad de cuidados progresivos, para promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de las personas y comunidades a su cargo”.

CAPÍTULO 1

SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN Y DE GESTIÓN

Desde las políticas sanitarias de la provincia de Santa Fe se trabaja por una red provincial, en la que la oferta de salud para todos los santafesinos se acerque más a aquellos que más la necesitan, avanzando en la construcción consensuada de un sistema de salud para todos y todas los habitantes de nuestro territorio.

¹De la misma manera que lo utiliza el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en este documento al hacer mención a “enfermera”, debemos entender que se alude a los profesionales de ambos sexos.





Para eso es necesario que las enfermeras que ingresen a trabajar en nuestro *sistema sanitario*, comprendan que la salud es un bien social y un derecho humano esencial y que por lo tanto es un deber del *estado* garantizarlo.

Desde ésta concepción, el ámbito de la práctica enfermera se amplía a partir de este nuevo modelo, que incluye la formación de equipos básicos, cuya función primordial es trabajar en salud, más allá del puesto o nivel de la organización en que se encuentre inserto: centros de salud, el barrio, la sala del hospital, la comunidad, etc.

Trabajar en salud requiere de enfermeras que se animen a expresar lo que piensan, lo que sienten o desean, que dialoguen hasta sellar acuerdos para actuar con un marco de referencia compartido.

El trabajo en salud se planifica y direcciona desde el territorio. Lo más importante sucederá en la escena misma en la que transcurre la vida cotidiana de la población. Allí es donde los trabajadores de la salud incluyendo las enfermeras integran sus tareas a las necesidades sentidas por la población que utilizan dicho servicio.

Con este modelo de atención esperamos brindar un cuidado que priorice la singularidad de las personas y su familia, de manera tal de ayudar a potenciar el papel terapéutico del vínculo, facilitar el proceso de seguimiento por parte del equipo y el compromiso ético de ambos por los resultados.

El modelo de atención implementado, nos desafía a contar con enfermeras que brinden cuidados y sean capaces de promover la salud y de ayudar a resolver las problemáticas que determinan la enfermedad en las personas, familias y comunidades contemplando todas sus dimensiones: biológicas, subjetivas, sociales, culturales, históricas, ambientales, políticas, etc. Tendiendo a construir proyectos terapéuticos compartidos con el equipo de salud; garantizando la participación de la ciudadanía desde la perspectiva de cuidados progresivos, acorde con las políticas sanitarias articuladas en todos los niveles de atención.

El enfoque de derechos y la Atención Primaria de la Salud como estrategia:

La **Atención Primaria de la Salud (APS)** es una **estrategia** que implica un cambio organizacional en los modos de brindar y generar *salud pública y colectiva*.





Mario Testa² ofrece un interesante desarrollo sobre el tema jugando con los adjetivos “primaria o primitiva”, justamente para aclarar que primaria no se reduce nunca a una atención inicial, ni primitiva, ni de bajo costo, focalizada no sólo para personas vulnerables. Sino que la *atención primaria* atraviesa todo el sistema de salud, y es organizadora del sistema de atención.

La estrategia de *atención primaria de la salud* implica colocar a la población en el centro de la escena y alrededor de ella la red de servicios. Para articular por un lado el enfoque de derechos con la atención en salud, es necesario abordar tres niveles de análisis, de los cuales, *solo el nivel micro es el que incide directamente en el trabajo de las enfermeras en el territorio*, pero que no sería posible sin la existencia de los dos anteriores, ellos son³:

- 1) Nivel macro-social: establece las reglas que inciden en el cumplimiento del derecho a la salud. Tales decisiones se refieren a los derechos al acceso, a la cobertura, al financiamiento.
- 2) Nivel intermedio: es la implementación de mecanismos operativos para garantizar la participación social, la comunicación e información a la población, la intersectorialidad, entre otros.
- 3) Nivel micro: es el nivel micro político, donde interacciona el equipo de salud y la población con sus problemáticas. Constituye un importante campo de intervención a los fines de transformar la concepción tradicional con la cual se prestan los servicios de salud, es decir *transformar a los usuarios de servicios de salud en sujetos de derecho*.

Por todo lo dicho entendemos entonces que la democracia real y participativa es siempre una construcción social por y a través de la cual los ciudadanos tenemos el derecho de decidir con autonomía no solo en el instante de votar, sino en cada situación que haga a nuestro derecho a una vida digna.

Es parte del trabajo diario con la salud de la población crear las condiciones tanto para que todos puedan decidir acerca de su salud con autonomía, como para que no existan las barreras de acceso a la misma.

El sentido de la integralidad en las prácticas de las enfermeras:

²Testa Mario: “Atención Primaria o atención primitiva”. Cuadernos Médico Sociales. Nro 34, Rosario, Argentina, 1985.

³Iván Ase y Jacinta Buriyovich. La Estrategia de la Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Revista Salud Colectiva. Bs. As. Enero/Abril 2009.





La integralidad puede pensarse desde dos perspectivas:

- a) **La integralidad de la gestión de la salud**, que rompe con la fragmentación y segmentación de la atención entre los diferentes niveles.
- b) **La integralidad de la atención y el cuidado**, la misma se centra en las personas y no en la enfermedad, lo cual lleva a realizar el trabajo de modo interdisciplinario.

Desde esta perspectiva, la integralidad implica una "crítica al reduccionismo, una crítica a la objetivación de los sujetos y tal vez una afirmación de la apertura para el diálogo"⁴. Por lo tanto la integralidad así como la interdisciplinariedad rompen con la práctica tradicional de la atención en salud.

El alcance de este compromiso engloba procesos de trabajo y acciones complejas, responsables, articuladas, de carácter interdisciplinario.

CAPÍTULO 2

DISPOSITIVOS PROPUESTOS PARA ESTE MODELO DE ATENCIÓN

Niveles de Atención ⁵:

Los niveles de atención en salud se refieren a una organización escalonada de los recursos y de los servicios de atención, necesarios para dar respuestas sanitarias eficaces y eficientes. Los niveles de atención van a estar determinados por las características de los problemas de salud a resolver y los recursos necesarios para hacer frente a los mismos.

Primer nivel de atención: son espacios que se ocupan prioritariamente de acciones de educación y promoción de la salud, prevención de las enfermedades, atención de los problemas de salud más frecuente. El centro de salud es un efector del 1er Nivel de atención.

Segundo nivel de atención: Está conformado por hospitales generales, centros de diagnóstico y tratamiento u otros efectores que realizan atención ambulatoria, internación, cirugías, métodos complementarios de diagnóstico de mediana complejidad ótratamientos . Reciben pacientes que son derivados del 1er nivel de atención.

⁴Santos Koerich y ot. La emergencia de la integralidad e interdisciplinaridad en el sistema de cuidado en salud. Disponible:<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75291>

⁵Dirección de Proyectos. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. Apuntes para la discusión sobre las reformulaciones en la Carrera de Enfermería del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Mimeo,2008





Tercer nivel de atención: hospitales o centros especializados en donde se tratan problemas de salud que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento más complejas. Cuentan con servicios de áreas críticas como: cuidados intensivos de adultos o pediátricos, neonatología, unidad coronaria, maternidad, etc.

Las personas con sus problemáticas consultan al 1er nivel de atención y luego son derivadas a los distintos niveles con referencia y contrareferencia. Si bien históricamente los niveles de atención permitieron organizar la demanda y las respuestas sanitarias, han traído una serie de dificultades tales como: la fragmentación del cuidado, los malos resultados de tratamiento preferentemente de las enfermedades crónicas debido a la falta de comunicación y coordinación entre los niveles.

Una nueva lógica organizacional se impone para superar estas dificultades y avanzar en la construcción de nuevos y superadores modelos de atención como los cuidados progresivos.

Cuidados Progresivos (CP):⁶

La Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) en el año 1973 define cuidados progresivos como: *"... la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo recibe los servicios según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física más apropiado a su estado clínico"*.

Este modelo trata de dejar de lado la clásica división de los servicios por especialidad o en el peor de los casos por órganos o sistemas (gastroenterología, neurología, patología cervical, etc.). Se da lugar a una lógica centrada en las personas, a una nueva forma organizacional de tipo horizontal y participativa (que rompe con el verticalismo) con equipos que trabajen con interdisciplinariedad (enfermero- trabajador social- psicólogo-médico).

Se busca lograr una optimización de los recursos a favor de la salud de los ciudadanos: las camas son del hospital y no de los servicios y la tecnología más especializada está donde el paciente la requiere.

Considerando lo precedente y en consonancia con pautas de categorización nacional e internacional⁷ se definieron las siguientes **categorías de niveles de cuidados: Cuidados mínimos, cuidados intermedios y cuidados críticos o intensivos.**

⁶Documento Interno. Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe. Material mimeo. 2010





El planteo de cuidados progresivos garantiza la integralidad, al conformar equipos de trabajo integrados por un médico generalista o clínico y un enfermero a cargo de un número estimado de pacientes.

La función de este equipo será:

1. La de coordinar todo el proceso de atención mientras dure la internación. También se encargará de la referencia del paciente a sectores o áreas donde el paciente lo necesite.
2. Identificar el tipo de apoyo que cada caso necesita; convocar a los otros trabajadores que se considere necesario (especialidades de la salud en particular), conducir la elaboración del proyecto terapéutico para que sea integral y acompañar longitudinalmente su cumplimiento.

Los dispositivos en una organización por cuidados progresivos (dispositivo de admisión/adscripción, equipos de referencia, coordinación de líneas de cuidado) constituyen los instrumentos que nos permitirán garantizar la integralidad del proceso de atención. Es decir, que se refiere a la progresión del cuidado en todos los niveles de atención de la red de servicios de salud.

En la lógica propuesta el modelo de atención se basa en la selección de las características de los diagnósticos y tratamientos o, del lugar del abordaje o internación según la complejidad del cuidado que requiere el paciente en un momento determinado del proceso salud-enfermedad-atención.

Los cuidados enfermeros, entendidos así en una lógica de cuidados progresivos, reemplazan a la tradicional mirada de organización de los servicios centrada en la especialización /complejidad técnica.

Se entiende que esta nueva modalidad de atención a las personas en internación con un equipo de referencia garantizarían también el vínculo con los familiares, con la comunidad y con los equipos de referencia del primer nivel. En función de lo expresado la internación tenderá a reducirse progresivamente a expensas de dispositivos de *atención domiciliaria o de internación abreviadas*.

⁷Ministerio de Salud y Acción Social de República Argentina. RM 282/94 Criterios de categorización Establecimientos con Internación: **I Bajo Riesgo, II Mediano Riesgo y III Alto Riesgo** corresponde Clasificación Internacional NIVEL I NIVEL II NIVEL III.





Adscripción / Admisión:⁸

Se propone la conformación, en cada uno de los centros, de un sistema de admisión y adscripción de pacientes a los equipos responsables. Es una modalidad que busca la construcción de un “contrato” entre el estado y los ciudadanos donde se asume la responsabilidad por el cuidado de la salud, y se actúa como representante del paciente en la red de servicios.

Cada persona del barrio tiene su equipo de referencia, constituido por un médico y un enfermero. Ese equipo profesional, es su referente y cada equipo tiene un número de personas a cargo que son de su responsabilidad, debe velar por situaciones como la interrupción de tratamientos, búsqueda de pacientes ante la falta de concurrencia de los mismos al efector, visitas domiciliarias ante la presencia de discapacidad u otro impedimento que dificulte a las personas la llegada al *centro de salud*.

La adscripción implica efectivizar interconsultas, referencias y contra-referencias. Cuando hay necesidad de consultas en otros establecimientos de la red sean éstos hospitales o centros de diagnóstico o tratamiento, el trámite lo realiza el mismo equipo del centro de salud.

Los equipos de referencia se integran al equipo de salud propiamente dicho por lo que deben participar de las reuniones de equipo, actividades comunitarias y asistenciales. Dentro de las actividades comunitarias o extramuro realizarán actividades de educación y promoción de la salud.

Si bien los trabajadores gozan de autonomía para la administración del tiempo que ofrece su carga horaria, las actividades de los centros de salud no deberán reducirse a la asistencia y seguimiento de su grupo de adscriptos por el/los equipos básicos sino incluirse en el marco de otro tipo de actividades diseñadas por el equipo de salud completo que apunten a ampliar la clínica y a abordar determinados problemas de salud en el nivel poblacional.

Esto equipos básicos o de referencia contarán con apoyo matricial de especialistas cuando las problemáticas asistenciales así lo requieran (endocrinólogos, neumonólogos, diabetólogos,

⁸UNR-FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES Cátedra: Tecnología de la Administración Pública. “El sistema de admisión de los Centros de Salud de la Municipalidad de Rosario” año 2014. Disponible: <https://tecnoadministracionpub.files.wordpress.com/2013/08/2014-centros-de-salud-hito-1.pdf>





etc.). Los trabajadores de salud mental, dada su especificidad tendrán que acompañar y proveer conocimiento y experiencia para el abordaje de ciertos problemas complejos donde las dimensiones social y subjetiva son las más significativas. Por ejemplo: salud mental, adicciones, rehabilitación, violencia, acompañamiento para enfermedades crónicas irreversibles o situaciones de catástrofe, etc. *Estos dispositivos, flexibles y móviles constituidos a partir de personas con alta especialización y dotados con recursos de uso excepcional deberán estar disponibles ante la demanda de los equipos de referencia en función de las necesidades del paciente y la comunidad.*

El dispositivo de admisión del centro de salud debe ser único y es responsabilidad del administrativo y también de los profesionales de enfermería. Deberá estar en funcionamiento todo el tiempo que el centro de salud permanezca abierto, lo que llevaría a eliminar progresivamente los tradicionalmente denominados "turnos del día" y las colas de espera. Lo que de ninguna manera descarta la previsión de tiempo destinado a la asistencia para las consultas no programadas y atención de las "urgencias".

De esa manera, en un plazo no muy largo las consultas programadas serían ofrecidas sólo para adscriptos a solicitud del equipo básico o del usuario.

En caso de consulta no programadas o "de urgencia", la enfermera valorará y tomará la decisión de derivar a otro profesional dentro del servicio o solicitar apoyo a otro nivel de la red (incluyendo otros puntos de la red de salud).

Referencia y contra-referencia:

Hace alusión a la **comunicación** que debe mantenerse entre los equipos de salud cuando derivan a la persona con una necesidad en salud de un nivel de atención a otro y se corresponde con un registro o planilla que se le da al paciente para circular por la red.

El equipo al que está adscripto en el primer nivel acompañará el proceso de atención a lo largo de todos los niveles de atención (desde el centro de salud a los efectores de mayor complejidad) y demandará la información necesaria con el fin no fragmentar el cuidado. Para que la planilla de derivación no se transforme en un puro formalismo, se considera importante no dejar de utilizar otros medios, (tecnologías blandas) como por ejemplo comunicación telefónica, internet, ó el contacto con familiares.





CAPÍTULO 3

EL CUIDADO DESDE LA CLÍNICA ENFERMERA

El cuidado es un vínculo que se construye entre la persona que cuida (enfermera) y quien es cuidado (individuo). En el se integran las emociones, la intuición, la creatividad, los conocimientos y las técnicas.

El cuidado es relacional, contextual y existencial. Como tal, implica una acción, un proceso y un procedimiento. Si bien es instrumental a la vez implica un acto humano donde necesariamente se trabaja con otro ser humano, con una persona a la que se debe tratar con dignidad, integralidad y respeto.

Hoy en día el cuidado sólo puede entenderse desde el pensamiento complejo, requiere mirar las múltiples dimensiones que lo componen. La construcción del cuidar/cuidado de enfermería complejo implica, por lo tanto, considerar la articulación de conocimientos que trascienden la linealidad del hacer y que implican un cierto grado de desorden e incertidumbre. Este proceso, a primera vista contradictorio, es esencial para superar la lógica de la fragmentación, de la previsibilidad y del excesivo orden -recetas listas de cuidar/cuidado- aún muy arraigado en el ser y el hacer de enfermería.

Las prácticas de enfermería en tanto prácticas sociales, son complejas, cotidianamente hay que hacerle un lugar a lo inesperado, lo aleatorio, lo incierto. Es en esta complejidad del mundo de lo humano, donde dichos cuidados constituyen la clínica del cuidado enfermero.

Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería, según Colliere⁹, "exige por tanto, volverlos a situar dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la vida o más exactamente el contexto del proceso de vida y muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia".

⁹CollierFrancoise M. Promover la vida. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill, Interamericana de España, 1997





Principales diferencias de enfoques en torno a la clínica del cuidado enfermero.

Modelo anátomo-clínico (biomédico hegemónico)	Modelo clínico del cuidado (salud colectiva / Clínica ampliada)
<ul style="list-style-type: none"> ● Se basa en una concepción de la enfermedad anátomo clínica ● Es reduccionista queda en la dimensión biológica ● Se define como curativo ● Valora lo objetivo de la intervención del profesional ● Considera que el sujeto puede dividirse en mente y cuerpo ● Hace diagnóstico sobre la base de procedimientos, técnicas ● Considera como recursos para el tratamiento elementos externos ● Pone poco énfasis en la actividad preventiva ● Realiza acciones que no contemplan la vulnerabilidad ● Trabajo individual ● Escaso trabajo con la comunidad ● Falta de coordinación entre niveles de atención 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se trata de una clínica ampliada, con perspectiva en la salud colectiva. ● Considera al sujeto como resultado de procesos sociales. ● Amplía la concepción de la cura y no la reduce a tratamientos. ● Considera que no existe el profesional objetivo ● Considera que el sujeto es una unidad mente y cuerpo ● “Diagnóstica” problemas según una mirada holística. ● Considera el valor terapéutico de la relación, profesional/usuario ● Fortalece el vínculo y compromiso con los individuos y familias a cargo ● Continuidad de la atención ● Atención a toda la familia ● Atención integral e integrada ● Trabajo en equipo ● Trabajo con la comunidad ● Trabajo en red.

Reconociendo que el proceso salud-enfermedad-cuidado es social. El trabajo en salud es una actividad compleja, que no puede centrarse en tratamientos médicos, sino que se da por medio de un equipo interdisciplinario, donde todos aportan a esclarecer los modos de vida y reconocer cómo influyen en la salud de la comunidad.

Aspectos centrales del modelo de la clínica del cuidado enfermero propuesto:

- Está comprometido con la personas en los lugares en que estas viven.
- Aspira a comprender el contexto del proceso salud-enfermedad-cuidado
- Cada intervención es una oportunidad de prevención y promoción.





- Construye el proyecto de cuidado con el equipo y los usuarios, considerando siempre la singularidad y todas las instancias intervinientes en el proceso de salud.

El trabajo clínico enfermero en salud y sus tecnologías:¹⁰

Mirando con atención a los procesos de trabajo realizados en el conjunto de las intervenciones asistenciales, se constata que se utilizan diferentes tecnologías: las duras como los aparatos utilizados: rayos-x, jeringas, instrumentos para hacer exámenes de laboratorios, estetoscopios, o ficheros para anotar los datos del usuario, etc.

También se utilizan conocimientos o saberes profesionales, bien estructurados como: la clínica enfermera, la clínica médica, la clínica del dentista, la epidemiología del sanitarista, etc. Esto permite afirmar, que existe una tecnología menos dura, que las citadas, que están presentes en las actividades de la salud, llamadas blanda-dura. Es blanda porque es un saber que las personas adquirieron y está inscripta en su forma de pensar los problemas de salud y en la manera de organizar una actuación sobre ellos, pero es dura en la medida que es un saber-hacer bien estructurado, bien organizado, bien protocolizado y normatizado.

Mientras tanto, cuando se observa con más atención, surge que además de estas dos tecnologías, existe una tercera denominada blanda, que consiste en la construcción de relaciones.

Cualquier abordaje clínico de un trabajador de la salud junto a un usuario, se produce a través de un trabajo vivo en acto, en un proceso de relaciones, es decir hay un encuentro intersubjetivo entre dos personas que ejercen influencia mutua una sobre la otra construyendo momentos de encuentros, en los cuales se habla, se escucha y se interpreta. Momentos de confidencialidad de las intenciones que estas personas depositan en este encuentro; momentos de complicidades en los cuales existe una responsabilidad compartida alrededor del problema que ha de ser enfrentado; momentos de confiabilidad y esperanza en los cuales se producen relaciones de vínculo y aceptación.

Frente a esta compleja configuración tecnológica del trabajo en salud, sólo una conformación adecuada de la relación entre los tres tipos de tecnología (dura, blanda, blanda-dura) permitirá realizar un cuidado de calidad.

Si se expresara en términos de resultados, sería que: a mayor defensa posible de la vida del usuario, mayor control de sus riesgos de enfermarse o agravar su problema y realización de

¹⁰Emerson EliasMerhy: “Cartografía del trabajo vivo en salud”. Edit. Lugar. Bs. As. 2008





acciones que posibiliten a la persona desarrollar un mayor grado de autonomía y autocuidado de sí misma según su modo de estar en el mundo.

Partiendo de esta visión de tecnologías en salud, se puede afirmar que de una manera u otra, todos los trabajadores de salud hacen clínica, siendo esta el campo principal donde las tecnologías blandas son operadas, como articuladoras de las demás configuraciones tecnológicas.

La pregunta obligada que sigue es si se producen cuidados o solo se realizan procedimientos. Para que la clínica del cuidado enfermero se constituya efectivamente en un trabajo vivo en acto que contemple todas las características explicitadas anteriormente, tenemos que comprometernos con el proceso de construcción del *vínculo terapéutico*. En este sentido, los recursos tecnológicos con que contamos son prácticamente inagotables. En cuanto tecnología blanda se trataría de acoger, responsabilizar, resolver, autonomizar, etc.

Proceso de construcción del vínculo terapéutico: ¹¹

Vínculo es un vocablo de origen latino, es algo que ata o liga a las personas, indica interdependencia, relaciones con líneas de doble sentido, compromisos de los profesionales, con los pacientes y viceversa.

La construcción del vínculo depende por lo tanto, del modo en que los equipos se responsabilizan por la salud del conjunto de personas que viven en una región. Depende también del modo en que se encargan de cada caso específico que necesite de una atención singular. Implica un doble movimiento, no siempre fácil de ser realizado: un compromiso bilateral. En el caso de los profesionales, un involucrarse con la salud de una comunidad y con la salud individual, particularmente de aquellos más vulnerables.

Este proceso no es simple, depende de la disposición, pero también de los conocimientos sobre la interrelación entre las personas que necesitan de ayuda y el equipo con recursos para intervenir.

La construcción de vínculo como recurso terapéutico. La terapéutica es una parte esencial de la clínica que estudia y pone en práctica los medios adecuados para curar, rehabilitar, aliviar el sufrimiento y prevenir posibles daños en personas vulnerables o enfermas

¹¹ Sousa Campos Gastón. "Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia". En, Investigación en Salud, publicación científica de la secretaría de salud pública municipal vol. 6. Nro 1. y 2, Rosario 2003/2004.





La construcción del vínculo en tanto terapéutico depende de que se movilicen tanto los usuarios como el equipo. Del lado del paciente, el vínculo sólo se constituirá cuando éste crea que el equipo puede contribuir, de algún modo, en la defensa de su salud. Del lado de los profesionales, la base del vínculo es el compromiso con la salud de aquellos que los buscan o son por ellos buscados. El vínculo comienza cuando estos dos movimientos se encuentran: unos demandando ayuda, otros haciéndose cargo de las solicitudes de cuidados.

Es importante el vínculo que se establezca y que éste pueda contener el padecimiento del otro que está momentáneamente al cuidado de la enfermera, esto es muchas veces conocido también como la instalación de transferencia positiva o empatía.

Según Merhy el modelo de atención debe basar sus prácticas en la producción de vínculos; que brinden contención singular, individual y colectiva y que apueste a la producción de intervenciones sobre los determinantes sociales de enfermar.

Sólo así, es posible construir un modelo asistencial con más calidad que respete los derechos de los ciudadanos a la salud y que abarque la totalidad de las acciones individuales y colectivas.

CAPÍTULO 4

PROCESO DE TRABAJO ENFERMERO.

Lo terapéutico de los cuidados en la clínica enfermera:

Es preciso entender el proceso de trabajo enfermero como *el conjunto de prácticas que realiza el profesional enfermero con el fin de lograr el cuidado integral de la salud de una persona o un colectivo, procurando su bienestar como resultado del trabajo en equipo.*

El concepto de lo terapéutico visto desde la perspectiva de los terapeutas de Alejandría¹², los cuales "consideran el ser humano como una totalidad, cuerpo, alma y espíritu, siendo la condición humana develada en cuatro dimensiones: la corporal; el alma, como dimensión psíquica; la conciencia y la dimensión espiritual de la vida en comunidad".

Por lo tanto debe considerarse como terapéutico brindar los cuidados enfermeros desde la perspectiva de la integralidad. Son sumamente importantes los trabajos en el acto del cuidado, ya que los mismos son la esencia del trabajo en enfermería, debiéndose centrar siempre en las necesidades de las personas. Ellos brindan los cuidados necesarios para promover, mantener, o restablecer la salud. Acompañan las decisiones que lo sujetos de

¹²Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Editorial Akal. Madrid. 2005





cuidados asumen ante las distintas experiencias de salud que les toca afrontar, promoviendo su autonomía.

Considerando que la enfermería tiene como objeto disciplinar “el cuidado en las experiencias singulares de salud” es que se propone el recorrido de los cuidados desde la perspectiva de los procesos de trabajo en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, reparación o tratamiento, fomentando la autonomía personal desde la perspectiva de los derechos. Se debería considerar ante cada intervención, si producimos cuidados o nos quedamos solo en la producción de procedimientos.

Cuidados en la promoción de la salud (PS) y prevención de la enfermedad (PE):

La distinción entre la PS y la PE puede ser difícil de realizarse en algunas ocasiones y también existen opiniones y conceptos controvertidos sobre su diferencia.

La diferencia fundamentalmente entre ambas refiere al *objeto de las intervenciones*. La PS actúa sobre los determinantes de la salud y la PE tiene como objetivo la reducción de los riesgos de enfermar y morir.

Promoción de la salud:¹³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control de su salud y la mejoren”.

La conferencia internacional sobre promoción de la salud, realizada en Ottawa¹⁴ (1986), postula a la salud como calidad de vida resultante de un complejo proceso condicionado por diversos factores sociales entre ellos a saber: alimentación, justicia social, ecosistema, renta y educación. En dicha conferencia se dieron los lineamientos posibles para promocionar la salud: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la participación comunitaria y reorientar los servicios de salud.

Para promocionar la salud el equipo de salud debe trabajar por la comunidad y junto a ella, empoderándola, permitiendo que las personas identifiquen sus problemas, los prioricen y luego planificando juntos los caminos posibles para subsanarlos. Esto no implica sólo educar para la salud, si bien, la educación para la salud es una gran herramienta de la *promoción* pero no es la única. También utilizamos otras herramientas tales como: la legislación, medidas fiscales, cambios organizacionales, desarrollo comunitario, comunicación, etc.

¹³ Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Editorial Interamericana, Bogotá. 2001

¹⁴ Carta de Otawa, sito en fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf





La *promoción de la salud* se puede abordar y llevar a cabo en distintos entornos tales como: las escuelas, los colegios, los hospitales, las ciudades, los centros de salud, etc. Estos últimos son los escenarios ideales para la promoción de la salud, donde el equipo de salud adquiere un máximo protagonismo. La enfermera como todos los integrantes del mismo debe participar de su planificación y su implementación.

El equipo de salud debe promover elevar al máximo la salud de su población a cargo trabajando con:

- Promoción de salud sexual y reproductiva.
- Promoción de entornos y medio ambiente saludables.
- Promoción de nutrición adecuada y realización de actividad física.
- Promoción de controles médicos periódicos e inmunizaciones.

Educación para la Salud(ES):

La educación para la salud es un proceso multidimensional que puede ser entendido como proceso de comunicación, como proceso de intervención social y como proceso educativo; teniendo como finalidad la capacitación y responsabilización de las personas en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

La educación para la salud como proceso de comunicación social, implica la transmisión de un mensaje de un emisor a un receptor. Siempre como fenómeno comunicacional tiene que estar planificada, orientada a la población objetivo teniendo en cuenta sus características (educacionales, culturales, etc), debe utilizarse recursos didácticos y ser participativa, pudiendo ser también evaluada.

Como proceso de intervención social nunca debe ser un conjunto de prohibiciones, ni consejos moralizantes. Como fenómeno educativo debe transmitir información respetando los saberes populares y la cultura.

La enfermera en su rol diario de trabajo realiza educación para la salud en forma individual a las personas en la entrevista y en el momento de la realización de sus prácticas siendo su saber muy respetado por la comunidad. También participa junto a los otros integrantes del equipo de la educación para la salud (ES) comunitaria o poblacional.

Prevención de la enfermedad:

Prevenir es el acto por el cual se evita que algo suceda. La prevención incorpora una serie de medidas, actividades, tamizajes, pruebas de screening dirigidas a individuos o grupos poblacionales que por sus características (factores de riesgo) son proclives a adquirir enfermedades.





La prevención podrá ser individual (toma de pap, toma de tensión arterial, etc) o comunitaria o poblacional. Se clasifica en primaria, secundaria o terciaria. Todas las acciones en salud deberán estar dirigidas a intervenir tempranamente en el proceso de salud-enfermedad y no tardíamente.

Los procesos de trabajo enfermero desde la perspectiva de los cuidados progresivos:

Como se expresó anteriormente el proceso de trabajo en salud estará atravesado por conversaciones, diálogos, procedimientos y técnicas de acuerdo con las necesidades de cuidados, dada por la singularidad de los sujetos de atención y los problemas que presenten. Las enfermeras debido a su presencia continua, permanente y próxima a los usuarios, deben actuar como mediadoras en el proceso de trabajo en salud, ya que en general están interactuando con los trabajadores de las diversas áreas de salud, los usuarios y sus relaciones.

Se considera además que el proceso de trabajo no puede ser restringido sólo a técnicas y procedimientos desde la mirada biomédica, reduciendo al sujeto de atención solo al área biológica dado que contemplar sólo este aspecto reduce la complejidad de los cuidados solo a la dimensión de procedimientos técnicos.

Se propone la utilización de *la perspectiva de cuidados progresivos*¹⁵ ya que es la manera de pensar los procesos de atención desde la integralidad y no la fragmentación de las especialidades; entendiendo que las internaciones hospitalarias no se deben solo a patologías diagnosticadas, sino a las diferentes vulnerabilidades de los sujetos de atención ante problemas de salud que le impiden continuar con las actividades cotidianas del cuidado de salud en sus domicilios.

En nuestro país se estableció en las normas nacionales de calidad de atención de enfermería un sistema de clasificación de pacientes¹⁶ de acuerdo a la necesidad de cuidados y en función de ello, índices de atención de enfermería.

En esa clasificación se reconocen cinco categorías: **cuidados mínimos, moderados, intermedios, especiales e intensivos**. Las categorías están relacionadas a las necesidades asistenciales que son observadas clínicamente por la enfermera. Los aspectos que se toman en cuenta para decidir el tipo de cuidado que deben recibir son: el grado de dependencia de los pacientes, y las necesidades individuales de acuerdo al problema de salud.

¹⁵Documento Interno. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. Material mimeo 2010

¹⁶Resolución N°194 del Ministerio de Salud y Acción Social de La de La Nación. Programa Nacional Garantía de Calidad, Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica. Noviembre de 1995.





Para determinar aspectos de los procesos de trabajo enfermero se realizaron adaptaciones a los propuestos por las *normas de calidad de atención*¹⁷ en *enfermería y otros criterios de clasificación de pacientes*¹⁸ de acuerdo a la dependencia, que consideran fundamentalmente la incapacidad para desarrollar de manera autónoma las actividades de la vida cotidiana y no solo la determinada por complejidad técnica de los medios de diagnóstico, sistemas de soporte vital y tratamientos.

El trabajo de enfermero en los cuidados mínimos:

Los cuidados mínimos se brindan a usuarios con un alto grado de autocuidado que no requieren atención permanente, ni inmediata. Pueden ser personas en fase de diagnóstico o tratamiento, los que están en fase de recuperación procedentes de otras áreas o servicios, o los que cuentan con tratamiento y requieren seguimiento diario. Ellos son capaces de satisfacer la mayoría de sus actividades vitales diarias, pero requieren unos mínimos cuidados de enfermería.

Construcción del vínculo terapéutico: pueden asumir la responsabilidad que implica el cuidado de la propia salud y generar un vínculo que facilite la palabra y la escucha.

No dependen de dispositivos externos en general para satisfacer la necesidad de oxigenación. Son autónomos para alimentarse, vestirse, higienizarse, con ilimitada o poca dificultad en las moviidades corporales y capaces de solicitar si necesita apoyo o ayuda. Tienen capacidad para determinar su seguridad, pero requieren de acompañamiento con información sobre cuidados y tratamiento. Sus signos vitales son estables: por lo que sólo requiere control cada 8 hs.

Los tratamientos pueden requerir de medicación: vías subcutánea; intramuscular; oral e inhalatoria y la preparación para realización de métodos de diagnóstico o tratamientos de problemas de salud crónicos en períodos no agudos.

El registro de evolución se realiza cada 24 horas. Se coordina el plan de cuidados o proyecto terapéutico con otros profesionales una vez al día.

El trabajo enfermero en cuidados intermedios:

¹⁷Resolución N° 194 del Ministerio de Salud y Acción Social de La de La Nación. Programa Nacional Garantís de Calidad, Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica. Noviembre de 1995.

¹⁸Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de clasificación de pacientes: construcción y validación de un instrumento. Rev. Esc. Enferm 1998





El área de cuidados intermedios incluirá sin duda a los pacientes egresados de cuidados intensivos que requieran aún atención permanente pero ya no inmediata, pacientes procedentes de la guardia o de la derivación externa que requieran atención permanente, pacientes compensados que requieran diagnóstico y definición de conducta inmediata y pacientes de post-operatorio de cirugía menor que no requieren cuidado intensivo, entre otros grupos posibles. Algunos ejemplos podrían ser: pacientes con neumonía, colecistitis aguda, post-operatorio de cirugías abdominales no complicadas, herniorrafia, reparación pélvica y pacientes en recuperación, transferidos de la unidad de cuidados intensivos. La mayoría de estos pacientes serán ambulatorios por cortos períodos. Se considera que el mayor porcentaje de pacientes hospitalarios serán admitidos y dados de alta desde esta unidad.

Ejes del proceso de trabajo:

Construcción de vínculo terapéutico: en su mayoría serán capaces de realizar su propio cuidado, pero están parcialmente limitados por su problemática de salud, por lo que será necesario conversar para que entiendan la importancia del poder hacerse cargo, de ser responsables de su salud. En algunas oportunidades pueden tener dificultad para expresar sus necesidades, por lo que hay que ayudarlos a aceptar las limitaciones producidas por su enfermedad.

Sus signos vitales permanecen estables en general, pero deben controlarse a intervalos regulares (al menos cada 6 horas) para detectar tempranamente complicaciones.

Los tratamientos por su problema de salud, pueden requerir de medicación endovenosa continua o intermitente por venoclisis, intramuscular o subcutánea y vía oral.

Pueden depender de dispositivos externos para satisfacer la necesidad de oxigenación como uso de máscara o bigotera; cuidados para mantener vías aéreas permeables; y requerir de alimentación oral con ayuda en ocasiones, o recibirla por sonda nasogástrica (SNG).

Pueden requerir ayuda para la eliminación utilizando dispositivos como chata u orinal. Realizar el control de diuresis y balance hidro-electrolítico.

Pueden tener dificultad en la movilidad, deambulando con ayuda, o necesitar traslado en silla de ruedas. Puede ser necesario enseñarle las técnicas de deambulación luego de una cirugía o después de una larga permanencia en cama.





Pueden necesitar ayuda para la higiene y arreglo personal, ya sea en ducha, baño en cama diario, o higiene parcial; y requerir arreglo de la unidad en el turno y cuidados de la piel en puntos de presión.

Pueden estar sometidos a métodos de diagnóstico o tratamientos específicos que requieren controles (punciones, medicación riesgosa, estudios especiales). Uso de instrumentos de compensación por impedimentos funcionales (sondas) y posturales (almohadas, arcos). Es necesario detectar y prevenir problemas potenciales: descompensaciones hemodinámicas, desequilibrios hidroelectrolíticos complicaciones como infecciones, úlceras por decúbito, caídas, depresión, aislamiento.

El registro de evolución del paciente se realizará cada 8 o 12 horas. Se coordina el plan de cuidados o proyecto terapéutico con otros profesionales dos veces al día.

El proceso de cuidados enfermeros en cuidados críticos:

En el área de cuidados intensivos se ubicaran a los pacientes gravemente enfermos recuperables o potencialmente recuperables y que necesiten atención permanente, inmediata y cuidado constante como por ejemplo los pacientes con diagnóstico de infarto, politraumatismos, hemorragias digestivas, shocks, ACV, comas, postoperatorios graves y otros. Con frecuencia, en hospitales generales resulta conveniente diferenciar al interior del sector de cuidados intensivos las áreas de cuidado coronario, de cuidado respiratorio, de cuidado postoperatorio y de cuidado intensivo neonatal (si existe atención de partos). También aquí es necesaria la conformación de equipos integrado por médico intensivista y enfermero.

Los pacientes que ingresan en estas unidades se encuentran en situación de compromiso vital y los cuidados que precisan son muy especializados. Se requieren enfermeras con conocimientos y habilidades suficientes para trabajar con criterios de prioridad y coordinación. Manejar correctamente los equipos de control y soporte vital que se utilizan en la unidad, como así también el entorno.

Ejes del proceso de trabajo:

Construcción de vínculo terapéutico: Representa un desafío importante la interacción con usuarios que presentan alteraciones de la conciencia como efecto de traumas, lesiones o de medicamentos sedantes, relajantes y anestésicos; lo que dificulta la comunicación, muchas veces no hablan, sus expresiones y mensajes en la mayoría de los casos se limitan a gestos o a permanecer en silencio.





La aparente incomunicación no los debe convertir en simples receptores de cuidados técnicos, por lo que las enfermeras deben estar pendientes de mantener con ellos el contacto necesario, para ofrecerles información que favorezca la ubicación en la realidad y evitar que la sensación de soledad y desamparo que aparece como resultado de estar alejado de sus familiares, en un ambiente que se le puede presentar hostil ante la presencia de luces y sonidos no conocidos durante todo el período de permanencia en la unidad.

Los familiares suelen presentar temores por lo que es necesario establecer vínculos, escucharlos, conversar y alentarlos a participar de los cuidados, lo que operará a beneficio del usuario y favorecerá la relación.

Estos usuarios dependen en general de dispositivos externos para satisfacer la necesidad de oxigenación, como ventilación mecánica o uso continuo de halo, máscara o bigotera. Podrán requerir de alimentación por sonda nasogástrica (SNG) o nutrición parenteral total (NPT). Requieren cuidados para eliminación como colocación de chata u orinal; uso de sonda vesical o pañales, lo que determina higiene perineal frecuente y realizar control estricto de diuresis y balance hidro-electrolítico, cada hora o varias veces por turno.

Respecto a la movilidad tienen incapacidad para el movimiento, por lo que requieren cambio de decúbito frecuentes para prevenir riesgos, además depende totalmente para la higiene y arreglo personal como higiene bucal, baño en cama, lavado de cabello, además de higiene parcial y arreglo de la unidad varias veces en un turno, cuidando especialmente la piel en puntos de presión.

Sus signos vitales se encuentran inestables por lo que se requieren control y valoración con intervalos de 2 hs o menos, incluyendo temperatura, respiración, frecuencia cardíaca, tensión arterial (TA), saturometría, pudiendo incluir: presión venosa central (PVC), control de estado de conciencia (escala de Glasgow).

Los tratamientos por los problemas de salud, pueden requerir más de una vía endovenosa central o periféricas continuas con bombas infusoras, catéteres de doble luz, uso de drogas vaso activas. Requieren además de diferentes procedimientos, relacionados con diagnóstico y tratamientos específicos: punciones, muestras para cultivo y análisis cualitativos, punciones arteriales, lumbares; traqueotomía, tubo endotraqueal, conexión a monitores multiparamétricos, electrocardiogramas, tratamientos especiales (diálisis), apoyo de kinesioterapia. Es necesario detectar y prevenir problemas potenciales: descompensaciones hemodinámicas, desequilibrios hidroelectrolíticos, complicaciones como infecciones, depresión, aislamiento.





Se realizará el registro de evolución cada 3 horas. Coordinando el plan de cuidados o proyecto terapéutico con otros profesionales al menos una vez por turno.

Aspectos a considerar en el proceso de trabajo en salud mental:

Los cambios sociales y la legislación sobre salud mental, nos obligan a pensar una nueva modalidad de atención centrada en los derechos de los pacientes, tanto civiles como sociales, incluidos los de tener casa, trabajo, ayuda social, protección; ya que la atención en salud mental debe acompañar un proceso de inclusión social.

Hay personas que aun viviendo situaciones dramáticas y con padecimiento subjetivo pueden vivir integras a la comunidad. Por eso surge la atención primaria de la salud como estrategia, sistema integral del cual la salud mental forma parte. De este modo las estrategias de atención de salud mental contarán con sus servicios integrados con los demás servicios de salud, desde los centros de salud en cada barrio se brindará un servicio integral que se ocupe de la asistencia domiciliaria, de atender a la gente cuando necesita tratamiento y de brindar un seguimiento terapéutico cuando sea necesario.

Se construirán servicios abiertos, democráticos, de inclusión y no de exclusión, donde los profesionales trabajan en relación de reciprocidad con los pacientes. A una persona que tiene un problema de salud mental no se la puede ayudar sin trabajar con sus relaciones, en su vida cotidiana.

La ley nacional de salud mental (26.657), modificada el 26 de noviembre del año 2010, incorporó nuevos requisitos para la internación psiquiátrica. Se destacan cuatro conceptos que debemos considerar para romper la concepción psiquiátrica (o lógica manicomial) del padecimiento subjetivo:

El primero en relación a los derechos humanos; reconociendo a la persona como sujeto de derecho. Este es un elemento central para impedir las internaciones de personas por su peligrosidad. Conceptualmente se reemplaza el criterio de internación que obedecía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la "constatación de riesgos cierto o inminente". Las internaciones involuntarias quedan restringidas y deberán ser evaluadas con participación de organismos de derechos humanos, propiciando internaciones por lapso breve en hospitales generales.

El segundo elemento a destacar es: promover la atención en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales que incluyen las áreas de psicología,





psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.

El tercer elemento es en relación a las estructuras hospitalaria “manicomiales”, donde se prohíbe expresamente la creación de nuevos neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Por tanto se concibe al trabajo en salud mental como un trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Y por último, se destaca el aspecto de la gestión horizontal y democrática de los servicios y las instituciones, que permiten integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental.

Aspectos a considerar en el proceso de trabajo en perinatología:

El cuidado enfermero perinatólogo debe ser pensado desde la perspectiva de los derechos y la interrelación entre las tres (3) tecnologías blandas, blandas duras y duras.

Reconociendo a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido. La ley de parto humanizado (25.929) establece el respeto y la protección de los derechos de la mujer por parte de los miembros del equipo de salud; promoviendo la participación y la colaboración del padre y la familia, en el momento del parto.

La protección y el cuidado por parte del profesional de enfermería de la mujer y el recién nacido, es de suma importancia tanto en la sala de internación como el seguimiento posterior en el primer nivel de atención. Se trata de realizar: control de niño sano periódicos, inmunizaciones, fortalecer el vínculo o binomio madre/hijo, lactancia materna, entre otros, si hablamos del niño en crecimiento. Si los cuidados son dirigidos a la mujer estos serán orientados a los controles ginecológicos periódicos, promoción de la salud sexual y reproductiva, utilización de métodos de anticoncepción, educación para la salud.

Por tanto los cuidados a desarrollar también deben enmarcarse en la lógica de atención integral y continua, coherente con un sistema de salud organizado en red de servicios, en el





marco de la atención primaria de la salud promoviendo la organización por cuidados progresivos en el marco de la regionalización.

CAPÍTULO 5

INFORMACIÓN Y REGISTRO

Información y registro para la toma de decisiones clínicas desde la integralidad:¹⁹

Los profesionales de la enfermería en tanto trabajadores de salud producen datos. Los datos son utilizados por el Ministerio de Salud (epidemiología, sala de situación) para generar información e indicadores de la situación sanitaria de la población. La información permite al trabajador dar cuenta del cumplimiento de sus tareas y posibilita la reflexión y el análisis de sus propias prácticas. Además de ser un medio de comunicación con sus pares y el equipo de salud, es una herramienta de resguardo legal, que permite realizar análisis frente a cuestiones de índole legal que pueden llegar a producirse, (por ejemplo errores en la administración de fármacos). Un buen registro es esclarecedor de lo que sucedió.

El personal de enfermería debe registrar las prácticas que realiza, tales como medicación, higiene, controles, curaciones, inmunizaciones, etc. También debe tomar nota de la evolución, de las novedades, de las interurrencias, de la situación de los pacientes en los documentos pertinentes (historia clínica, hoja de enfermería, report) para poder decidir con el equipo, el proyecto terapéutico de cuidados y las estrategias destinadas a resolver la problemática personal y/o familiar.

La historia clínica en hospitales:

La historia clínica es un documento legal, resume toda la información de la persona necesaria para su proceso de atención-cuidado; a saber: datos filiatorios, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, examen físico, impresión diagnóstica, métodos de estudio, plan terapéutico y tratamientos, etc.

Se considera necesario que las enfermeras registren no sólo las prácticas y tareas propias de la profesión en la hoja de enfermería; sino sobre todo la evolución del paciente en la hoja destinada a tal fin en la historia clínica indicada.

¹⁹Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. Resolución 1278/2011





La historia clínica es un documento construido por todos los integrantes del *equipo de salud* y una rica fuente de datos. El titular de la historia clínica es el paciente.

Se mantendrá una única historia clínica, única por cada paciente que se atienda en la institución hospitalaria, independientemente de la especialidad o de que la intervención sea ambulatoria o de internación.

La historia clínica en los centros de salud:

En los centros de salud se trabajará con el legajo familiar y la historia clínica individual. Ambos son los documentos en los cuales se inicia y registra la atención integral del paciente, siendo obligatoria su utilización para toda atención que se brinde al paciente en un centro de salud.

Legajo clínico familiar o historia clínica individual:

Cada familia poseerá un legajo clínico familiar (LCF), el cual será identificado con un número correlativo. A su vez, cada individuo poseerá una historia clínica individual (HCI), también identificada con un número correlativo.

El trabajo desde la estrategia de atención primaria probablemente carezca de sentido sin una recreación de la práctica clínica que la equipe de conceptos e instrumentos que le permitan ser efectiva en los distintos contextos en que los problemas de salud toman el nombre y apellido de personas y escapan a las clasificaciones nosológicas. De poco vale ajustar la práctica a formularios, normas y protocolos y hacer todo lo que hay que hacer si la gente se enferma y se muere de igual manera que si no hubiese intervención. Por eso se construyeron formatos de historias clínicas superadoras que incorporan el abordaje integral de los problemas (antecedentes sociales, salud bucal, enfoque por problemas, etc.)

Partes del Legajo Familiar:

Identificación: LEGAJO FAMILIAR No..... Fecha..... CENTRO DE SALUD.....

Domicilio:(1) Barrio Teléfono.....

INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR: Nº..... Apellido y nombre:.....Fecha de nacimiento:.....

DNI:.....HCI Individual..... Traslado (2). Referencia (3)

(1) Si es necesario especificar alguna referencia para localizar la casa.





(2) Consignar el N° de historia clínica familiar y el centro de salud al que se trasladan, o del que vienen, los integrantes de la familia que se incorporen a la Historia.

(3) Consignar el nombre del médico y de la enfermera al que la familia está adscripto.

Familiograma o Genograma:

Es la representación gráfica de los datos de la familia a través de símbolos. Permite el análisis de la dinámica familiar funcional. Es una historia clínica que permite el abordaje basado en problemas. Implica 3 pasos:

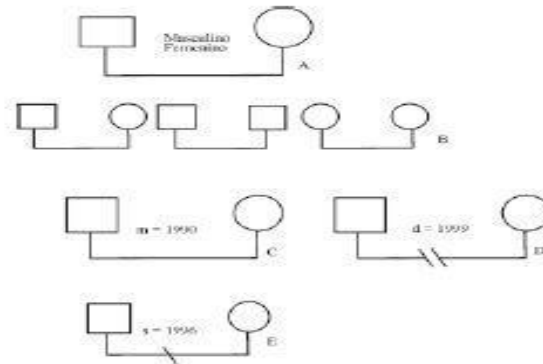
1. Trazado de la estructura familiar.
2. Registro de información de la familia.
3. Señalamiento de las relaciones familiares.

El trazado de la estructura se realiza expresando a través de símbolos las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familia. En la figura se muestran círculos y cuadrados que representan las personas y se trazan líneas que describen las relaciones.

El familiograma: permite una rápida identificación de la conformación familiar. Cada integrante del sexo masculino es representado por un cuadrado y cada integrante del sexo femenino por un círculo. Los integrantes fallecidos se identifican cruzando el símbolo respectivo o llenándolo. La fecha de nacimiento se anota debajo de cada símbolo. Las líneas horizontales conectan relaciones de pareja, las verticales de filiación. Cuando una línea horizontal se corta con el símbolo / se expresa separación, colocando el año de la misma por encima; con este símbolo // se expresa divorcio. Cuando la línea horizontal es con puntos discontinuos..... significa pareja no casada.

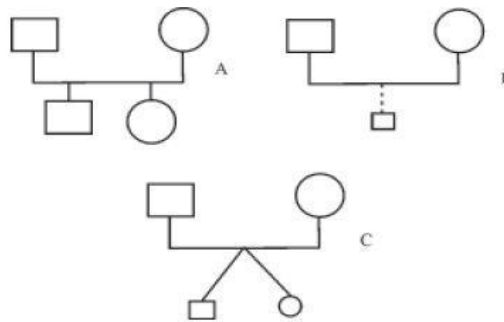
Se deben mostrar las uniones anteriores si fuera necesario por la trascendencia que tenga para la familia actual. También pueden representarse, poniendo ausente a la pareja anterior, lo cual se realiza por el trazo de puntos continuos o discontinuo. En este caso es importante mantener el significado que representa la figura de sexo masculino ubicada a la izquierda del femenino. También tener en cuenta la presencia de la familia de segundas nupcias y los matrimonios igualitarios. A modo de ejemplo:





Relaciones de pareja. Masculinos a la izquierda y femeninas a la derecha.

La siguiente figura expone la posición de **los hijos en el familiograma**; los hijos penden con líneas verticales de la línea de unión horizontal entre sus padres.



Posición de los hijos en el familiograma.

A. Se sitúan de izquierda a derecha por orden de nacimiento sin tener en cuenta el sexo. B. Los hijos adoptivos se unen con líneas de puntos a la línea horizontal que une a los padres.

C. Si los hijos son gemelos, las líneas se hacen converger en el punto de unión con la línea de los padres.

Las personas convivientes en un grupo familiar se rodean de una línea llena. Las relaciones familiares también tienen sus símbolos correspondientes (unidos, muy unidos, fusionados, fusionados y conflictivos, apartados o separados, distantes, etc.).

En el genograma también se pueden poner datos sobre enfermedades de los miembros de la familia. Ej: DBT (diabetes), ACV (accidente cerebrovascular), HTA (hipertensión arterial).





Los datos de la situación socioeconómica:

Se consignarán en un cuadro a doble entrada para poder seguir su evolución en el tiempo. El nivel de detalle y los ítems por considerar serán sometidos a la discreción de los terapeutas. Muchos de ellos, serán obtenidos por observación. Esta planilla debería servir de guía para comprender las condiciones objetivas de existencia de las familias con las que trabajamos a fin de contextualizar nuestras intervenciones. Es importante considerar que ésta es la única justificación ética para registrar estos datos de las personas. Puede entonces omitirse o agregarse la información que se considere necesario ocultar o mostrar.

Historias de vida familiar:

Incluye los recursos, vínculos, relaciones. Es un espacio abierto cuyo sentido tiene que ver con la información cualitativa que permita la contextualización a la que nos referimos. El modo de obtener esta información está vinculado a la metodología de las ciencias sociales, y consiste básicamente en entrevistas en profundidad.

Considerar que el escenario ideal sea tal vez el domicilio de la familia, en el contexto de una visita planteada en términos de "nos gustaría escuchar su historia", transmitiendo que es importante para la enfermera es conocer lo que hace único y singular a ese grupo de personas. Esta entrevista tiene como motivo principal conocer necesidades no sólo en términos de carencia sino de potencia, y fundamentalmente conocer y apreciar los recursos que la familia tiene para construir su salud. Por eso las representaciones sociales que tengan acerca de la salud, de la enfermedad, de los servicios, así como sus estrategias de supervivencia, de reproducción de su cultura y sus maneras de vincularse con el resto de la comunidad serán elementos de suma utilidad en la construcción del proyecto terapéutico.

Sin duda que esta reconstrucción podrá demandar varias entrevistas, en distintas oportunidades, con diferentes interlocutores. Corresponde al equipo de salud decidir en qué grupos familiares esta información es imprescindible, en cuales es prioritaria, teniendo siempre en cuenta que deberá impactar de algún modo en las intervenciones para ser su averiguación justificada.





La agenda de problemas de la familia:

Tiene como objetivo realizar una síntesis que identifique las situaciones que quiere, el equipo de salud o la familia, transformar y cuyo nivel de expresión es precisamente el del grupo familiar en su conjunto.

La percepción del problema puede ser del equipo, de la familia o de alguno de sus miembros o de ambos, al mismo tiempo o en diferentes instancias. Un problema percibido por el equipo y no por la familia (o viceversa) requiere de intervenciones destinadas a una mayor comprensión acerca de la situación.

Las intervenciones en relación con esos problemas se enlistan en forma resumida, de modo que esta hoja permitirá una rápida reconstrucción de la problemática familiar y del abordaje que el equipo de salud está haciendo en relación a ella. Una ampliación de este resumen o el registro detallado de las intervenciones y evolución de las situaciones puede profundizarse en las hojas de evolución de los problemas y seguimiento de las intervenciones.

La historia clínica individual:

La historia clínica individual es un documento que recoge toda la información del individuo. Es obligatorio, cronológico, foliado y completo donde consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. Registra todas las partes ya detalladas en la historia clínica de internación, más esquemas de vacunas, informe odontológico, agenda de problemas, etc.

La misma permanece en guarda y custodia en el efector de salud por lo que se prohíbe terminantemente el retiro de la misma de la institución. Se establece además que a su simple requerimiento debe suministrarse copia de la misma al paciente, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. En caso de requerirse fotocopia de la historia clínica o intervención judicial, la misma NO incluirá la copia del legajo familiar.

La historia clínica individual corresponde a cada integrante de la familia y le acompañará durante toda su historia de contactos con el servicio de salud, de modo que está diseñada a fin de poder actualizar los diferentes aspectos que evolucionan en el tiempo y deja atrás la noción de historia pediátrica/historia de adultos. Se trata de una historia clínica única que en el caso de abrirse durante la niñez agregará datos específicos (los contenidos en el anexo para niños y niñas). Del mismo modo la situación de embarazo obligará a agregar la hoja de control perinatal, que conserva las características del formato habitual.





A los ítems habitualmente considerados en cualquier historia, se agregan algunos que consideramos necesarios para “ampliar” la clínica y que tienden a reconstruir la vida cotidiana y los modos de andar la vida en términos de alimentación, sueño, consumo de sustancias, actividad física, etc. Nada más desacertado que construir la historia en un interrogatorio sancionador. Se trata de comprender el modo de vida de las personas para poder ayudarles a ganar grados de libertad en sus opciones que indefectiblemente les serán propias.

El esquema de vacunación se considerará en cualquier etapa del ciclo vital. Se consignarán además otras vacunas que se estimen necesarias según el caso.

La indicación de medicamentos se consignará en un cuadro a doble entrada para poder realizar su evolución y seguimiento a través del tiempo.

El informe odontológico refiere al examen minucioso de la salud bucal. La inclusión del mismo de forma sistemática en la historia clínica individual se corresponde con el abordaje integral de la salud de la persona, en donde la salud bucal es un aspecto que no puede aparecer desarticulado ni aislado. En el registro de las prácticas dentales se consignará la prestación o práctica que realiza en cada una de las piezas dentarias.

Los exámenes complementarios se registran en un cuadro de doble entrada que permitirá rápidamente realizar un seguimiento y análisis de los exámenes solicitados.

La agenda de problemas va sintetizando las situaciones que en conjunto se definen como necesaria de ser transformadas. A medida que esas transformaciones se producen, se va anotando en la última columna la fecha de resolución. Los espacios en blanco en esta columna nos guiarán rápidamente a los problemas que aún no han sido resueltos.

La hoja de evolución sirve para consignar toda la información que se estime necesaria, en orden cronológico, puede incluir el detalle en extenso de cada consulta, cada visita domiciliaria, etc. Se recomienda referirla a los problemas y las intervenciones para asegurar la coherencia de procesos continuos, sin perder los detalles que contribuyan a explicar mejor los problemas y estrategias de resolución. Recordar además explicitar las estrategias terapéuticas que se acuerden a mediano y largo plazo, las cuales pueden incluir actividades que desarrollen otros integrantes del equipo de salud, en forma matricial. Para cada una de las intervenciones que se registren es indispensable consignar la fecha en que se realiza y colocar la firma y aclaración del personal interviniente.

El archivo de los legajos deberá hacerse respetando el orden correlativo de los legajos clínicos familiares. Es decir que la localización de los LEGAJOS se realizará a partir del





número de LCF. Mientras que en la planilla de atención de consultorio externo el número de historia clínica a consignar es el número del *legajo familiar*.

Sistema de información de centros de atención primaria SICAP:

El Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (SICAP), es un sistema informático que se encuentra disponible en todos los efectores de 1er nivel de atención del sistema de salud provincial. Consta de varios subsistemas tales como: atención médica, vacunatorio y SUMAR.

Entre sus beneficios podemos enumerar los siguientes:

- Permitir el acceso rápido a los datos e información completa de los usuarios del sistema sanitario.
- Contribuir al relevamiento de los problemas y diagnósticos más frecuentes en la población que consulta a los centros de salud, permitiendo el análisis epidemiológico de los problemas comunitarios.
- Mejorar y agilizar el trabajo administrativo y del equipo de salud.
- Seguir el proceso de atención y cuidado de los personas independientemente del lugar donde consulte y la práctica realizada.
- Agilizar y mejorar el reporte epidemiológico de las enfermedades de denuncia obligatoria.
- Generar consolidados y reportes tales como: consultas mensuales por efector y por profesional, cantidad mensual de controles de embarazo, número de usuarios desnutridos.
- Contribuir al registro provincial nominalizado de la población vacunada, que permite la construcción de indicadores como cobertura y otros.
- Dar cuenta del trabajo realizado mediante la obtención de registro de las tareas realizadas por los profesionales de la salud de cada equipo.

Con respecto al tema de inmunizaciones el SICAP permite la generación de un registro único de vacunación en la provincia, con la nominalización de las vacunas para cada individuo (nombre y apellido, DNI, tipo de Vacuna colocada, efector donde se inmunizó), lo que habilita la construcción del historial de vacunas.





Guía práctica de SICAP Módulo de inmunizaciones.

¿Cómo cargar una vacuna?

Entrando al módulo VACUNATORIO y allí seleccionando VACUNACIÓN, las opciones de registro de vacunas son: REGISTRAR VACUNAS (para la carga diaria o constante) y REGISTRAR HISTORIAL DE VACUNAS (para la carga diferida, periódica y/o centralizada).

Las pantallas de carga son similares, lo que difiere entre la primera y la segunda es que en REGISTRAR VACUNAS la carga se va a guardar siempre pidiendo que se indique enfermero, mientras que en la otra se pueden registrar dosis sin seleccionar personal de enfermería.

Una vez posicionados en la pantalla de registro, lo primero que se debe hacer es BUSCAR PACIENTE, de este modo si ya figura la persona, lo único que se realiza es ingresarle la dosis correspondiente; en cambio si el DNI que se busca no está en el sistema se lo debe ingresar.

Con respecto a la búsqueda de personas, lo que se sugiere es que se inicie con el número de documento; si no se encuentra, como segunda posibilidad de búsqueda, se solicita indicar nombre y fecha de nacimiento o apellido y fecha de nacimiento. Estos procedimientos buscan evitar la duplicidad de pacientes, de modo de encontrar a la persona si es que ya ha sido ingresada previamente.

Cuando el paciente se encuentra cargado en la pantalla, se procederá a ingresar:

FECHA (se puede escribir con el teclado o se permite seleccionar con el calendario desplegable: corresponde 10-02-2013 y no corresponde 10-02-13).

ORIGEN DE LOTE (DESCONOCIDO cuando es ignorado o LOTE CIRCULANTE cuando se conoce, detallando el número de lote donde dice LOTE).

VACUNAS (se indica qué vacuna es).

PROGRAMA (si es por CAMPAÑA o por CALENDARIO REGULAR).

DOSIS PLAN (qué tipo de dosis es: primera, segunda, refuerzo, etc); y si fuera algún tipo específico de vacunación (EMBARAZADA, POSPARTO, PERSONAL DE SALUD, etc).

Una vez señalados todos estos criterios, se puede guardar la carga de dos formas: **SIGUIENTE VACUNA MISMA PERSONA** o **SIGUIENTE VACUNA OTRA PERSONA**.

¿Cómo doy de alta a una persona?

Esto se realiza cuando la BÚSQUEDA DE PACIENTES (explicada en el punto anterior) no arroja ningún resultado y se indica ALTA PERSONA, debajo de una franja roja. Aquí se presenta una pantalla, donde se completa: APELLIDO, NOMBRES, TIPO DE DOCUMENTO, NÚMERO DE





DOCUMENTO, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, LOCALIDAD, DOMICILIO y CENTRO DE SALUD. Luego de completar estos datos, se selecciona GUARDAR.

¿Cómo puedo ver las vacunas que registro?

Para visualizar las vacunas ingresadas o un carnet de una persona, se puede ir a VACUNATORIO, allí a VACUNACIÓN y luego a VER CARNET VACUNACION. Se busca el paciente, una vez encontrado se selecciona y allí se despliegan las vacunas que esa persona tiene registradas. También se puede optar por IMPRIMIR, lo cual nos va a traer un archivo en PDF que contiene los datos personales y las vacunas cargadas de la persona seleccionada.

¿Cómo modifico una dosis ya cargada?

El SICAP nos da la posibilidad de poder modificar o eliminar una vacuna. Por razones de seguridad, lo que se pretende es que dicha operación puede hacerlo sólo el que cargó la vacuna y no cualquiera que ingresa al sistema. De modo que si se trata de alguna persona que está fuera de su alcance, la propuesta es que den aviso al Programa de Inmunizaciones quienes verán las consideraciones del caso.

Si cuando estoy registrando una Hepatitis B a un recién nacido me equivocó en la fecha, lo que debo hacer es lo siguiente: VACUNATORIO, ir a VACUNACIÓN y allí a MODIFICAR REGISTRO DE VACUNAS. Como siempre, se busca el paciente, una vez seleccionado, verán que al costado derecho de la pantalla, hay una columna que indica MODIFICAR y otra que dice ELIMINAR. Dependiendo del caso, cuando se modifica se puede corregir FECHA, DOSIS y/o EFECTOR (para ello, se va a editar la parte de la pantalla que se elija) o sino, se elimina por completo, luego de un breve procedimiento de confirmación.

¿Cómo modificar un dato personal (número de DNI, Apellido, Fecha de Nac., etc.?)

En caso de que se necesite corregir un dato específico de una persona, hay que ir a ACTUALIZACIONES (la primera columna desde el Menú Principal) y allí a PACIENTE. Una vez encontrado, hay una opción que dice MODIFICAR, seleccionar y editar la información que se precise. Luego ACEPTAR.

¿Cómo hago para ver un reporte nominal de dosis aplicadas?

Este tipo de consultas lo que nos posibilita es un archivo con el carnet completo de los pacientes (independientemente de donde se haya vacunado), no sirve para ver la carga y vacunación de un centro específicamente ni para consultar las aplicaciones hechas en un efector. Se trata de obtener los carnets de vacunas de las personas adscritas a un determinado *centro de salud*.





Para poder ver los reportes nominales de dosis aplicadas, hay que ir a REPORTES, dentro de VACUNATORIO y a REPORTES NOMINALES DE VACUNAS APLICADAS. Allí debemos indicar VACUNA, AÑO DE NACIMIENTO y el EFECTOR. Luego seleccionar EXCEL.

¿Dónde están los instructivos en SICAP?

Desde el menú principal, ir a HERRAMIENTAS, allí seleccionar DESCARGAS, donde podrán obtenerse todas las descargas de archivos útiles del sistema.

Cuestiones generales de SICAP, vacunas a tener en cuenta:

Carga de HPV: en SICAP se encuentran disponibles las siguientes opciones de vacuna HPV:

- HPV OFICIAL BIVALENTE: son las vacunas entregadas por el Programa Provincial de Inmunizaciones y que se aplican a niñas nacidas entre el 2000 y el 2002.
- HPV OFICIAL CUADRIVALENTE: son las vacunas entregadas por el Programa Provincial de Inmunizaciones y que se aplican a niñas nacidas en el 2003.
- HPV GARDASIL: son las vacunas que trae el paciente y que adquirió en forma privada.
- HPV CERVARIX: son las vacunas que trae el paciente y que adquirió en forma privada.

Antigripal: cada vacuna antigripal anual es una Dosis Única, no REPETIDA, independiente de las dosis anteriores.

Neumo 13: la dosis de los 12 meses se ingresa como REFUERZO, no como 3° dosis.

Paciente con tipo de documento, DNI: cuando se encuentran dos o más ingresos de un mismo paciente y hay uno que posee tipo de documento DNI y los demás REPETIDO, se hace el ingreso de información (vacunas, prestaciones, etc) en el que dice DNI. Esto busca adoptar el mismo criterio para todos los que empleamos SICAP, de modo que hay sectores que están trabajando en la depuración y unificación de datos.

Selección de PROGRAMA: Las vacunas que son del calendario se precisa tildar en donde dice PROGRAMA, calendario nacional de vacunación; si fuera campaña, se tilda la campaña correspondiente. Debido a que si no se coloca nada el sistema lo registra como dosis aparte (erróneamente, cuando en verdad se trata de esquema regular) y no permite el cálculo automático de la dosis siguiente, por lo que además el sistema lo toma como dosis extra siendo del esquema oficial.





Tipo de vacunación: tener en cuenta los tipos de vacunación al momento de ingresar una dosis, las opciones disponibles son embarazo – post parto – post aborto – bloqueo – personal de salud – personal esencial – grupo de riesgo.

Importancia de datos personales: Es necesario completar la mayor cantidad de datos posibles de cada paciente, domicilio, localidad, y si es un menor de edad, sus datos filiatorios. Aspiramos a la calidad de la información, tratando de obtener la mejor información posible de todos los que están registrados en SICAP.

Alertas y novedades: Cuando haya noticias acerca de SICAP, del módulo vacunas o cualquier otro, se publican en un cartel amarillo, ni bien se ingresa al sistema. Solicitamos, puedan tener en cuenta estas leyendas, porque son nuestras vías de comunicación con quienes diariamente emplean SICAP.

Adscripción: es la operación en SICAP que determina el lugar de referencia del paciente, un dato muy importante tener en cuenta al momento de establecer las poblaciones de cada lugar, las cantidades de insumos, el seguimiento personalizado en la comunidad, entre otros. Para acceder a esta información, ir a Actualizaciones, en PACIENTE, se busca la persona y en COBERTURA MÉDICA aparece el Centro de Salud de referencia. Allí mismo se puede modificar en caso de que sea necesario.

ESAVI: estas notificaciones se pueden ingresar por SICAP, dentro del módulo ATENCIÓN MÉDICA, la última opción es NOTIFICACIÓN ADVERSAS / ESAVI. Allí se indica primero el paciente y luego se completa el formulario para luego ser guardado, lo cual será enviado simultáneamente al personal que trabaja en esta sección, para su conocimiento.

Dosis repetidas o carnet duplicados: si se detectan carnet duplicados o vacunas que pertenecen al mismo paciente pero están separadas en dos ingresos, se pueden notificar los casos al programa provincial de inmunizaciones, donde se unificarán los carnet.

Algunos de los reportes más importantes de inmunizaciones:

Reporte Nominal de Vacunas Aplicadas: es un reporte que muestra los pacientes adscriptos a un centro de salud (por establecimiento, localidad, departamento), por vacunas a seleccionar o pidiendo la planilla de menores de 2 años, donde van a figurar el historial de vacunas hasta los 18 meses. Puede ser opcional indicar año de nacidos, como así también se pueden ver los extramuro de modo nominalizados. **IMPORTANTE:** este reporte tiene en cuenta la adscripción del paciente independientemente de donde se aplicó las vacunas. Desarrollemos un ejemplo a modo de aclaración: *María Juarez fue dada de alta en el centro de salud Cabal de Santa Fe, por lo cual está allí adscripta, se hizo las vacunas de ingreso escolar en dicho centro de salud, pero a los 11 años las dosis de HPV se las colocó en el hospital Sayago, ¿qué dosis van a aparecer en este reporte? Todas, porque obtiene el total de las dosis aplicadas por paciente.*





Cuando se pide el reporte por establecimiento (C. S Cabal de Santa Fe) allí va a estar empadronada con sus vacunas, de lo contrario, si se pide el mismo reporte pero del hospital Sayago, al no ser este su efector de adscripción, no figurará en dicho reporte.

Reporte Nominal Mensual: Este reporte nos da la posibilidad de obtener los vacunados en un mes determinado por centro de salud, nos arroja solo las vacunas aplicadas, por columna. Indicamos el mes de interés y seleccionamos "Por pacientes vacunados en el efector".

Reporte de Consultas Varias (Vacunación):

Vacunas por grupo etario: Esta consulta muestra la cantidad de pacientes que se vacunaron en el periodo de tiempo elegido por grupo etario, según los criterios seleccionados. Los pasos para generar la salida son:

- o Elegir periodo de consulta (fecha inicial – fecha final)
- o Seleccionar lugar o zona de la consulta relacionada al efector.
- o Indicar las vacunas, todas o seleccionar algunas.
- o Definir grupo etario de las pacientes (grupo etario definido por nación o generar grupo etario)
- o Consultar

Vacunas por dosis y tipo: Esta consulta muestra la cantidad de vacunas aplicadas por dosis y/o tipo de vacunas en el periodo de tiempo elegido, según los criterios seleccionados. Los pasos para generar la salida son:

- o Elegir periodo de consulta (fecha inicial – fecha final)
- o Seleccionar lugar o zona de la consulta relacionada al efector.
- o Indicar las vacunas a consultar.
- o Elegir las dosis a consultar.
- o Si se desea, clicar los tipos especiales de vacunas.
- o Consultar.





Ejemplo de salida del reporte de consultas varias (vacunación):

	Mes	Nro Efecto	<1Año	1Año	2 a 4Año	5 a 9Año	10 a 14Año	15 a 49Año	50 y mas	Sin Edad	Total
1	Noviembre	94	2808	1931	3260	3428	3692	18293	8296	30	41738
2	Octubre	83	2756	1733	2618	3264	2886	18493	7451	35	39236
3	Agosto	65	2542	1808	2598	3290	2421	16578	6214	29	35480
4	Septiembre	74	2427	1579	2401	2860	2253	15249	6218	16	32926
5	Diciembre	99	2400	1444	2607	2931	2233	14280	6867	35	32845
6	Julio	56	1988	1607	2212	2263	1610	12268	4392	15	26355
7	Junio	37	1593	1510	2289	2449	1815	9854	3202	19	22731
8	Mayo	20	582	449	829	1033	690	3832	1094	1	8510
9	Marzo	12	441	353	703	815	610	3081	812	3	6818
10	Abril	10	416	315	534	679	621	3055	881	0	6501
11	Febrero	9	151	90	162	206	217	970	307	0	2103
12	Enero	11	115	95	105	138	109	761	249	0	1572
			18190	12914	20318	23356	19157	116714	45983	183	256815

Annotations: 1. Filters (Month, Nro Efecto); 2. Total column; 3. Sorting icon; 4. Results per page dropdown; 5. Refresh icon; 6. Export to Excel icon; 7. Export to PDF icon.

1. **Filtros:** sobre el reporte generado se pueden obtener información más precisa. El criterio de búsqueda es todo lo que comience con el texto ingresado.

2. **Ordenar:** presionando con el botón izquierdo del mouse sobre una columna se ordena de forma ascendente o descendente los datos según los resultados de esa columna.

3. **Página:** muestra el N° de página en la que se está actualmente. Cambiando este número se puede ir a las distintas páginas del reporte.

4. **Número de Resultados:** indica la cantidad de resultados mostrados por página. Cambiando este valor muestra más o menos registros por página. Los valores a elegir son 10, 20, 50 y 100. Por defecto 20.

5. **Recargar Datos:** si se aplicaron filtros o se ordenó por alguna columna, al presionar este icono el reporte vuelve a los criterios originales de su generación.

6. **Exportto Excel:** genera una salida en 37xcel del reporte, con los filtros seleccionados.

7. **ExporttoPdf:** genera una salida en pdf del reporte, con los filtros seleccionados.



Los grandes cómo del SICAP 2015:

- Explorador de navegación predeterminado: [MOXILLA FIREFOX](#) (ícono azul con naranja)
- Link del sistema: <http://salud.santafe.gov.ar/sicap>
- Consultas y soporte del módulo Inmunizaciones: 0342 4573714-15-58
santafevacuna@yahoo.com.ar

CAPÍTULO 6

INMUNIZACIONES

Tabla de Vacunas Obligatorias según Calendario Nacional por año de nacimiento 2016

Año de Nacimiento 2016	Vacunas	Edad	Dosis
Menor de 1 año	BCG + Hepatitis B	RN	1
	Quíntuple / pentavalente	2-4-6 meses	3
	Salk (IPV) *	2-4 meses	2
	Bivalente (OPV)	6 meses	1
	Antineumocócica 13 valente	2-4 meses	2
	Rotavirus	2-4 meses	2
Mayores de 6 meses y menores de 2 años	Antigripal anual	Desde los 6 meses	1 ó 2
UN AÑO CUMPLIDO	HEPATITIS A		1
	TRIPLE VIRAL		1
	ANTINEUMOCOCICA 13		1
Menores de 2 años	Hepatitis A + Triple Viral + Anti neumococica 13 valente	12 meses	1
	Varicela	15 meses	1
	Quíntuple + (bOPV)	15-18 meses	1





Ingreso escolar	DPT + bOPV + T Viral	> 5 años	1
11 años	Triple bacteriana acelular (dTpa) + Niñas – VPH cuadrivalente	> 11 años	1
		> 11 años (0-6 meses)	2
16 años	Doble adulto (dT)	16 años	1
Cada 10 años	Doble Adultos		1

- La vacuna IPV se comenzará a usar desde 30 de abril para todo niño que INICIE esquema de vacunación Antipoliomielítica y tenga menos de 11 meses y 29 día
- Fuente: Normas Nacionales de Vacunación 2008 / Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012 Ministerio de Salud de la Nación – República ARGENTINA

Actividades en terreno:

Puede darse la necesidad de realizar la actividad llamada genéricamente *en terreno* a partir de un caso de investigación que surja del propio centro de salud, o que el centro de salud sea convocado a realizar la actividad por un caso investigado desde otra institución, pero domiciliado en el área de cobertura del centro.

Para ello es imprescindible tener bien claro la patología que se sospecha, de manera de realizar la actividad específica en cada caso.

Es importante antes de salir a terreno verificar los datos de adscripción, filiatorios y de vacunación del caso en SICAP, también los del grupo familiar.

Por otro lado al finalizar las acciones cargar todos los datos recogidos en SICAP.

En general, lo que interesa es que la misma sea realizada en el menor tiempo posible, que se registre la actividad:

1. Cantidad de personas evaluadas
2. Cantidad de carné controlados
3. Cantidad de carné completos
4. Cantidad de dosis aplicadas





Para las* EFE (enfermedades febriles exantemáticas: sospecha de sarampión o rubéola) y *SRC (síndrome de rubéola congénita): Hay que revisar el estado vacunal de todos los contactos domiciliarios, niños y adultos (entre 1 y 50 años). Valorar si cada uno de ellos presenta vacuna completa para la edad -Triple o Doble Viral- (Dos dosis). Aplicar una dosis al que no certifique esquema completo.

Interesa detectar e identificar embarazadas contactos.

Para SRC, el dato que habitualmente falta es el de vacuna previa de la mamá, (TV o DV) por lo que se pide hacer el esfuerzo en registrarlo.

Para Parotiditis, solo se pide confeccionar ficha ante un caso sospechoso en alguien que por su edad debiera estar vacunado, no se realiza bloqueo con vacunas.

Para las *PAF (Parálisis Aguda Fláccida): Hay que revisar el estado vacunal de todos los contactos domiciliarios menores de 18 años, y aplicar vacuna Sabin a aquellos en quienes no se constate esquema completo para su edad.

Hepatitis A: Ante un diagnóstico confirmado por laboratorio, se debe realizar serología a los contactos, siempre que sea posible, y aplicar vacuna a los identificados susceptibles:

1- **Niños de 1 año a 11 años cumplidos (RN 2004 en adelante)** debe verificar en el carnet de vacuna, que tenga 1 dosis que le corresponde por calendario nacional, si no figura aplicar 1 dosis.

2- **Niños mayores de 11 a 20 años:** debe verificar si tienen aplicada 1 dosis en carné de vacuna si no consta aplicar 1 dosis.

3-**Adultos:** interrogar sobre antecedente de haber padecido la enfermedad, si la respuesta es negativa y se trata de contacto estrecho de casos solicitar **IgG** para hepatitis A.

Hepatitis B: Ante un diagnóstico confirmado por laboratorio, se debe realizar serología a los contactos sexuales, siempre que sea posible, y aplicar vacuna a los identificados susceptibles.

1. En Niños (RN 2000 en adelante) se debe verificar en el carné de vacuna controlar que cuenten con esquema de 3 dosis que corresponde por calendario nacional, si no figura aplicar 1 dosis.

2. Mayores de 13 años: verificar si tienen esquema de 3 dosis, si no consta aplicar 1 dosis o completar las dosis faltantes independientemente del tiempo transcurrido.

3. Adultos con antecedente de contacto sexual con el caso, interrogar sobre antecedente de haber padecido la enfermedad, si la respuesta es negativa solicitar serología (HBAGs) e iniciar esquema de hepatitis B.

Coqueluche: Protección de los contactos: **profilaxis antibiótica.** Administrar a todos los contactos familiares y otros contactos cercanos cualquiera sea la edad o el estado





inmunitario. Los antibióticos utilizados son los macrólidos. Protección de los contactos: **vacunación.** Vacunación de una dosis de vacuna DPT a los contactos de casos sospechosos cercanos menores de 7 años de edad que no hayan recibido cuatro dosis de vacuna DPT, ni una dosis de ella en los últimos tres años. 1 dosis dTpa para completar esquemas en mayores de 7 años.

MRC (monitoreo de rápida cobertura). Realizar búsqueda activa, la vacunación casa por casa, en refugios y comedores, especialmente en barrios donde las condiciones de vida son menos propicias para la accesibilidad a los establecimientos de salud. Control de carné de vacunación en el medio familiar - completar la cobertura antipertussis de la población según calendario.

Meta: 95% de cobertura en el 100% de los municipios del país. Verificar: personal de salud que asiste niños menores de 1 año de edad: 1 dosis dTap ante esquemas incompletos, continuarlo según normas nacionales de vacunación en función de la edad.

Vacunas: a los 2 meses 1 dosis con pertussis (pentavalente o, cuádruple o, séxtuple), a los 4 meses la segunda 2 dosis con pertussis (pentavalente o, cuádruple o, séxtuple), a los 6 meses la tercer 3 dosis con pertussis (pentavalente o, cuádruple o, séxtuple), a los 18 meses 4 dosis, 1er refuerzo (cuádruple) o pentavalente. A los 6 años 2do refuerzo (triple bacteriana). A los 11, 1ª dosis triple acelular (dTpa).

Meningitis: Evaluar: En primer lugar si se trata de una meningitis viral seguir las recomendaciones de prevención de meningitis virales. Y en segundo lugar si se trata de una meningitis bacteriana se deberá conocer el agente causal. Esta información no siempre está disponible en el primer día de internación por lo cual deberá existir una comunicación fluida con las autoridades de salud para conocer el diagnóstico definitivo. **Si la meningitis bacteriana es producida por neumococo** no existen medidas de prevención para ofrecer a los contactos (es decir no se debe dar ni antibióticos ni vacuna). **Si la meningitis bacteriana es por haemophilus tipo b** existen medidas de prevención para ofrecer a los contactos.

Vacuna: controlar el esquema de vacunación (debe contar con las dosis adecuadas de vacuna cuádruple según la edad, completándolo en el caso de los incompletos). Antibióticos: independientemente de que tengan las vacunas completas o no deben recibir antibióticos a los contactos de acuerdo con las recomendaciones. **Si la meningitis bacteriana es por Meningococo** existen medidas de prevención para ofrecer a los contactos. **Si la meningitis bacteriana es a germen indeterminado** (es decir no se encuentra un agente en los cultivos), no está indicado dar antibióticos a los contactos.





En algunos casos la autoridad de salud podrá recomendar el uso de antibióticos frente a un caso de meningitis bacteriana que a pesar de no tener agente, por la clínica del niño sean compatibles con meningitis a *Meningococo* o *Haemophilus b*.

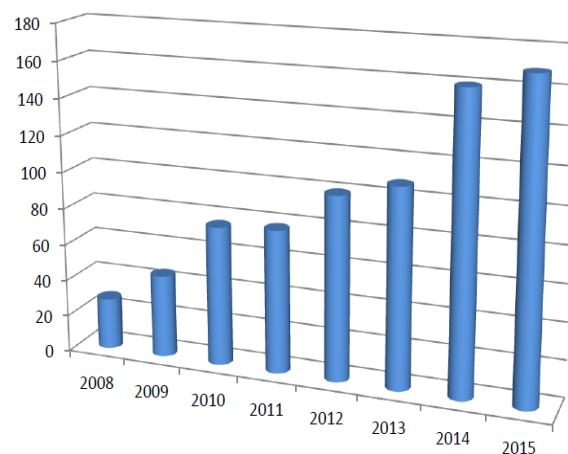
Monitoreo de eventos adversos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización (ESAVIs) en la Pcia. de Santa Fe durante el año 2015:

En la provincia de Santa Fe y desde el año 2004, la Dirección de Promoción y Protección de la Salud, a través de Epidemiología y Vacunas, la Dirección de Red de medicamentos y Tecnología Farmacéutica desde el Programa Provincial de Farmacovigilancia (PPFV Sta. Fe) y el equipo de salud de toda la provincia trabajan en forma conjunta en la notificación y monitoreo de ESAVIs.

ESAVI: Es todo aquel cuadro clínico que aparece después de la administración de una vacuna, que podría o no estar relacionado con ésta y que causa preocupación. Si bien la definición denota una asociación temporal (entre la administración y el evento) no implica necesariamente una relación de causa-efecto con la vacuna o la vacunación (por esto se define "supuestamente atribuido"). La causalidad entre el evento y la vacunación se determina mediante una investigación de caso.

La notificación de ESAVIs en la provincia, ha ido en aumento, año tras año, debido al compromiso del equipo de salud en el registro y seguimiento de estos casos. Esto se puede observar en el gráfico Nº 1, que registra la cantidad de ESAVIs recibidos desde el año 2008 por el PPFV Sta. Fe hasta el año 2015.

Gráfico Nº 1: Cantidad de notificaciones por año (período comprendido entre 2008-2015)





Clasificación de ESAVIs:

Se clasifica a los ESAVIs por causalidad y etiología, en los siguientes tipos*:

Evento COINCIDENTE: Ocurre después de la vacunación pero no es causado ni por las vacunas, ni por la vacunación, responde a una relación temporal (ocurre luego de la administración) pero no tiene relación causa y efecto (Ej. Enfermedad producida por otra etiología).

❑ **Evento adverso RELACIONADO A LA VACUNA:** Evento causado o precipitado por una vacuna, pese a haber sido aplicada correctamente, debido a sus propiedades inherentes o a sus componentes. (Ej. Presentación, dentro de las 3 semanas posteriores a la administración de Candid #1 de: cefalea, decaimiento, mialgia, fiebre, náuseas y/o vómitos).

❑ **Evento relacionado con un ERROR en la inmunización:** Evento causado por un error, durante el ciclo de utilización de una vacuna. Son causados por una manipulación, prescripción o administración inapropiada de la vacuna y por lo tanto, a diferencia de los relacionados a la vacuna, son prevenibles. Todos los errores hayan causado daño o no se deben notificar, a fin de trabajar en la prevención para que los mismos no vuelvan a ocurrir. (Ej. No respetar los intervalos recomendados entre dos dosis de la misma vacuna).

❑ **Evento relacionado con la ANSIEDAD por la inmunización:** El evento se produce debido a la ansiedad respecto al acto de vacunación en sí. (Ejemplo: síncope vasovagal en adolescentes luego de la vacunación HPV).

❑ **Evento NO CONCLUYENTE:** Ocurren posteriores a la administración de la vacuna, pero la evidencia disponible no permite determinar, ni descartar, la etiología del evento. (Ej. fallecimiento posterior a la administración de la vacuna que no se puede confirmar su relación ni descartar que hubiese ocurrido por otra patología).

❑ **Evento relacionado con un DEFECTO EN LA CALIDAD DE LA VACUNA:** Está relacionado con uno o más defectos en la calidad de la vacuna incluyendo su dispositivo de administración tal y como fue provisto por el fabricante. Se deben notificar los defectos de calidad y todas las circunstancias que se observan podrían mejorar la seguridad de la vacunación, a fin de solicitar los cambios necesarios a los fabricantes.





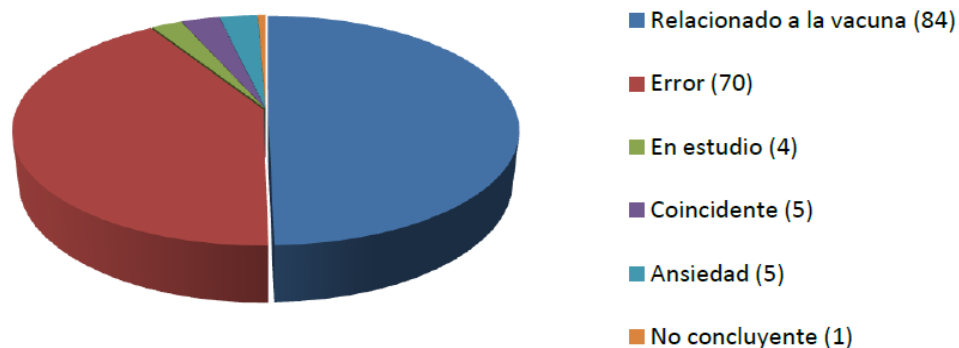
Clasificación según intensidad y frecuencia:

NOMBRES Y FRECUENCIAS	DEFINICIÓN
LEVES (muy comunes)	Signos y síntomas fácilmente tolerados, de corta duración, no interfieren con la vida normal del paciente
MODERADOS (comunes)	Sin amenazar directamente la vida, interfiere con las actividades habituales.
SEVEROS o GRAVES (infrecuentes)	Requieren hospitalización, amenazan la vida del paciente o tienen desenlaces fatales.

Los errores programáticos pueden o no desencadenar un evento adverso en el vacunado, se considera SIN EVENTO ADVERSO la situación que no ocasiona ningún evento. Aunque no genere un evento adverso es importante notificar estos casos, ya que existen situaciones en donde el mismo error puede llevar a la muerte en una nueva situación, por lo tanto hay que trabajar en la prevención del error (Ej. error mortal, se inyecta erróneamente insulina en vez de la vacuna correspondiente).

Notificaciones recibidas en el año 2015:

Gráfico Nº 2: Distribución de los tipos de ESAVIs recibidos en el año 2015 según causalidad



Eventos relacionados con errores en la vacunación:

Estos eventos son prevenibles, y si bien en la gran mayoría de los casos no ocasionan evento adverso, puede llevar a una necesidad de monitoreo del vacunado, dosaje de anticuerpos,





necesidad de revacunación y otras circunstancias, por lo que se debe trabajar en evitar la ocurrencia de estos errores.

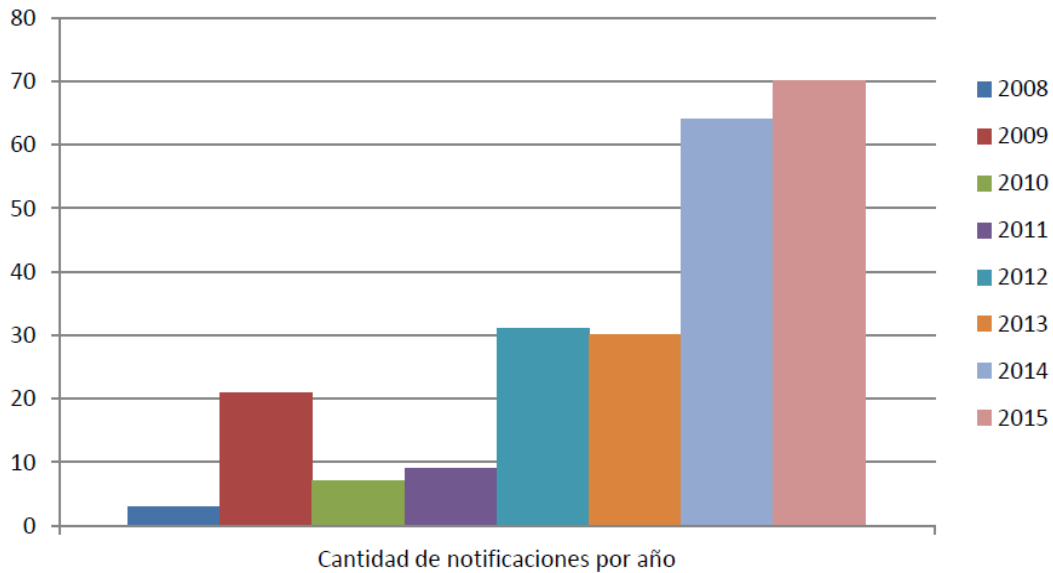
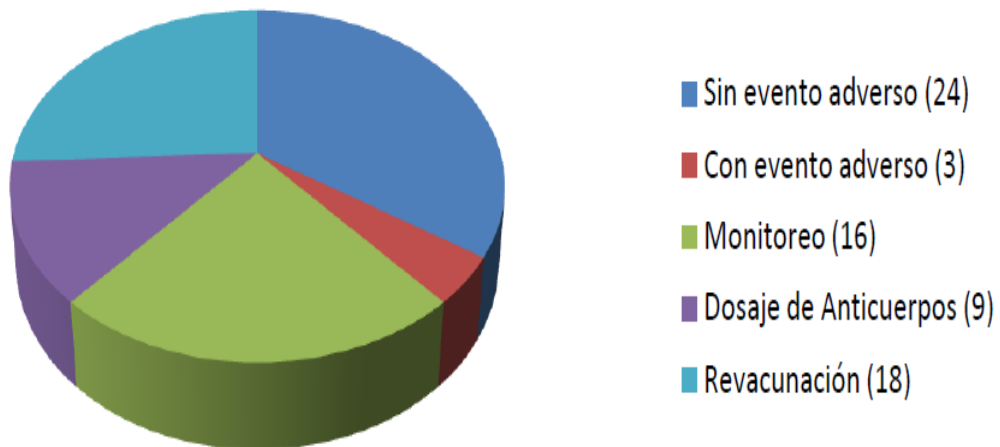


Gráfico Nº 3: Distribución en la notificación de errores programáticos en la provincia desde el año 2008





Tipos de errores programáticos, vacunas involucradas y recomendaciones:

VACUNA INVOLUCRADA	TIPO DE ERROR PROGRAMÁTICO	RECOMENDACIÓN
FHA SRP	Administración en mujeres inadvertidamente embarazadas o durante la lactancia.	Se realiza un seguimiento médico durante todo el embarazo a la mamá y posteriormente al bebé, se debe comunicar cualquier situación relevante.
Sabin FHA	En inmunocomprometido.	Se realiza un seguimiento médico al inmunodeprimido, se debe comunicar cualquier situación relevante.

Las vacunas vivas atenuadas se encuentran contraindicadas durante el embarazo, tampoco están recomendadas para aplicar en inmunocomprometidos. Ninguno de los casos notificados presentó evento adverso ni en la mamá ni en el bebé que pudiera relacionarse con la vacuna o la vacunación.

VACUNA INVOLUCRADA	TIPO DE ERROR PROGRAMÁTICO	RECOMENDACIÓN
DPTa; Sabin + SR; antigripal; FHA; BCG; HPV; Vacunas del ingreso escolar; Hepatitis A	Duplica dosis	Se debe realizar seguimiento clínico y comunicar si se presentara algún evento que no fuera común y leve. Generalmente estos errores no conllevan evento adverso. Se pueden prevenir con una mayor concentración.



Pentavalente	Dosis menor a la recomendada	La consecuencia de estos errores generalmente es la necesidad de revacunación, por considerarse dosis inefectiva.
HPV	No se respetan intervalos mínimos entre dosis	Se debe evaluar la necesidad de revacunación.
DPT	En niño mayor a 7 años	Se controla al niño, en ninguno de los casos reportados se presentó evento adverso.
Varicela	Vacunación anterior a la edad recomendada	Se debe revacunar, ya que se considera dosis inefectiva.
FHA	Error de conservación de la vacuna. Simultaneidad con otras vacunas.	Necesidad de dosaje de anticuerpos para comprobar cobertura. No fue necesaria en ninguno de los casos la revacunación.
HPV o SRP x Pentavalente / Antigripal x rotavirus o x pentavalente / DPT x Hep A / DPTa x SRP	Vacuna equivocada	Generalmente se requiere revacunación.

Controlar carnet de vacunación, corroborar edad, preguntar y realizar doble lectura, CONTROLAR Y CARGAR EN SICAP.

Eventos relacionados a la vacuna:

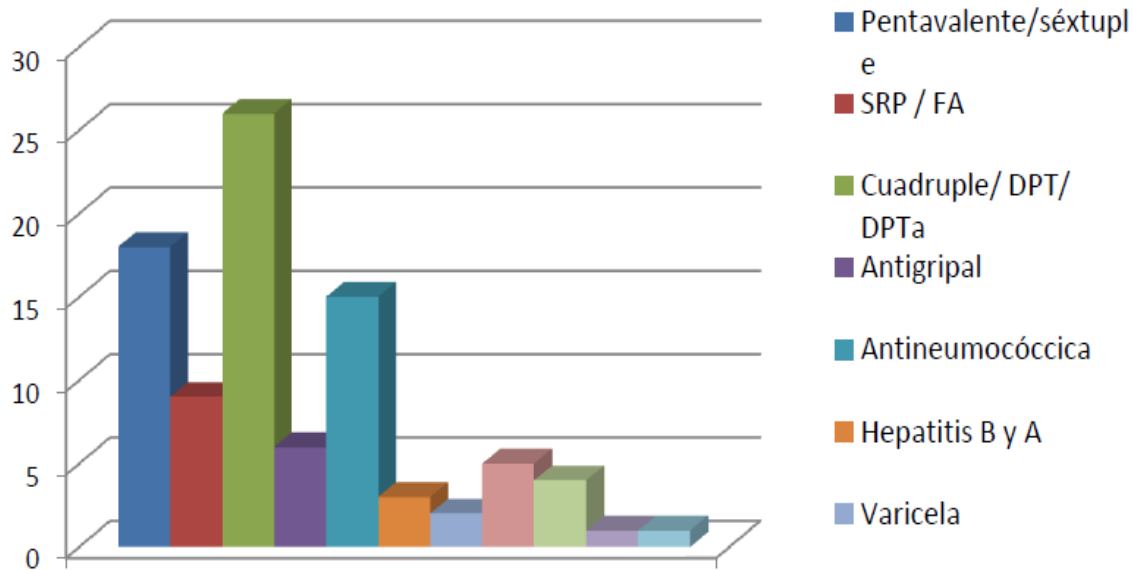


Gráfico N° 5: vacunas notificadas en los ESAVIS clasificados como relacionados a la vacuna.



Tipos de eventos adversos graves y muy poco frecuentes, vacunas involucradas, recomendaciones:

VACUNA INVOLUCRADA	EVENTO ADVERSO	RECOMENDACIÓN
Pentavalente (DPT+Hib+Hb)	Convulsión tónico clónica generalizada febril.	Se evalúa en cada caso la relación riesgo/beneficio para las dosis posteriores.
	Episodios de rigidez y ausencia.	Se recomienda y se provee en los casos que fuera necesaria vacuna séxtuple acelular para dosis sucesivas.
	Rigidez generalizada y retroversión ocular de segundos de duración, repite y ceden.	
	Llanto incontrolado, hipotonía, rechazo a la alimentación, tos emetizante, pausa respiratoria, apnea y cianosis	Se recomienda en algunos casos premedicación y vacunación en efectores de mayor complejidad con observación posterior.
	Apnea severa, asistencia respiratoria.	
	Hipoactividad y deshidratación leve	
	Apnea, requiere oxigenoterapia	
Cianosis, palidez, espasticidad miembros		
Apnea, palidez		
Séxtuple	Apnea, cianosis, bradicardia, se interna	Se recomienda continuar esquema con vacuna séxtuple en efectores preparados para la asistencia inmediata y completa del bebé.
	Apnea, cianosis, requirió oxígeno.	
Triple viral	Rash cutáneo generalizado y fiebre.	Se recomienda en algunos casos premedicación antes de la nueva dosis y vacunación en efectores de mayor complejidad con monitoreo durante la administración.
HPV	Alteración de la conducta, hemiparesia izquierda, estatus convulsivo	Se analiza el balance riesgo beneficio de próximas vacunaciones.
Doble bacteriana / triple bacteriana y cuádruple	Edema facial, requiere internación	Premedicación, alergia.
	Convulsión febril	Premedicación antitérmico próximas dosis
	Celulitis en miembros superiores, internación, tratamiento	Reacción tipo Arthus, Se recomienda premedicar con Ibuprofeno antes de la aplicación de nuevas dosis.
	Edema, eritema y aumento de temperatura como celulitis	
Fiebre amarilla	Enfermedad viscerotrópica	Asociada a la vacuna
Antigripal	Guillain barre	Asociada a la vacuna
Antineumocócica	Fiebre, eritema y escara. (Se están observando varios casos de Arthus asociados a vacuna antineumocócica generalmente de intensidad leve o moderado)	Reacción tipo Arthus, Se recomienda premedicar con Ibuprofeno antes de la aplicación de nuevas dosis.





VACUNA INVOLUCRADA	EVENTO ADVERSO	CLASIFICACIÓN
HPV	Desmayo inmediatamente posterior a la colocación de la vacuna, rigidez y palidez.	Eventos clasificados como ANSIEDAD a la vacunación. Se notificaron otros eventos de ANSIEDAD para las siguientes administraciones: Triple bacteriana acelular, FHA, meningocócica y Triple viral.

Se recomienda la observación de la persona vacunada durante los 30 minutos posteriores a la aplicación, dado un incremento de la ocurrencia de episodios vasovagales en adolescente.

VACUNA INVOLUCRADA	EVENTO ADVERSO	CLASIFICACIÓN
Triple viral	Parotidis	EN ESTUDIO EN NACIÓN
Triple bacteriana	Púrpura de Schonlein Henoch.	
Pentavalente DTP+Hib+H B	Fiebre, lesiones maculopapulares grandes	
HPV	Alteración de la conducta hemiparesia izquierda Estatus convulsivo	
Varicela	Convulsión afebril, internación	

NOTIFICADORES DEL PPFV STA. FE

Gráfico N° 6: Cantidad de notificaciones recibidas por nodo:

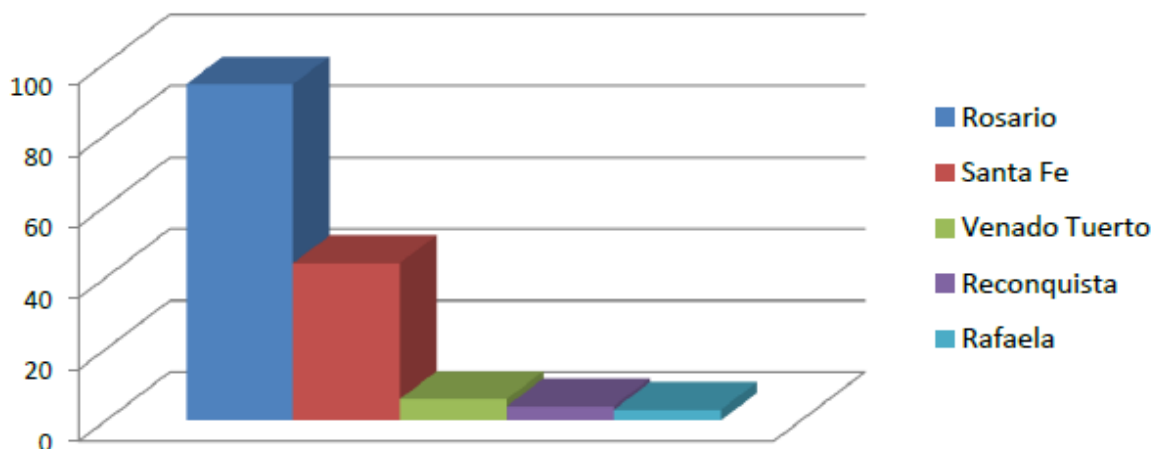
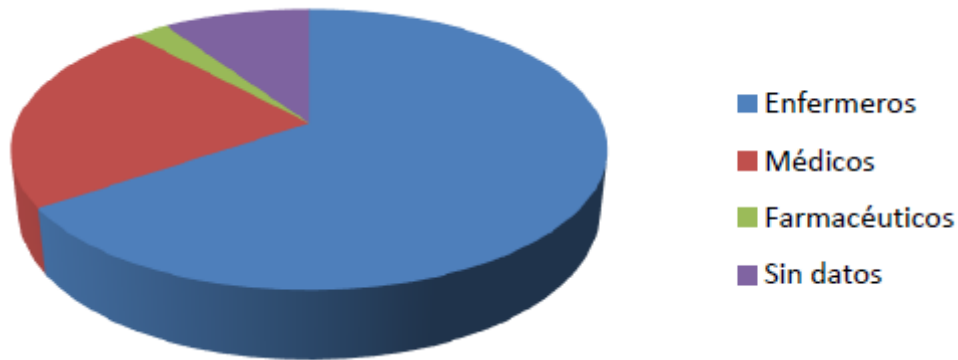




Gráfico N° 7: Distribución según profesión de los notificadores del año 2015

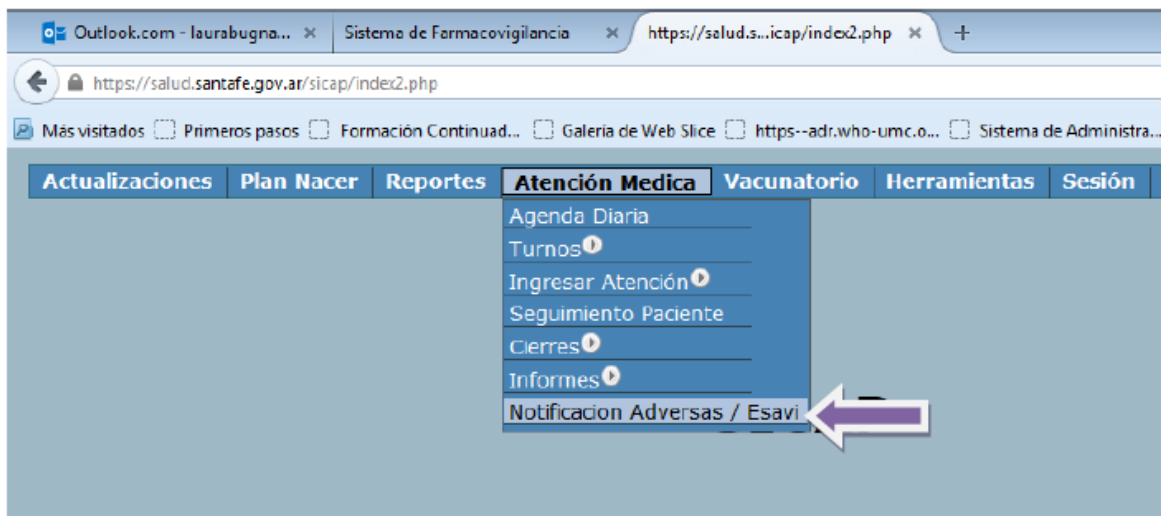


Se deben notificar todas las sospechas de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización, aún las que se encuentren descritas en la bibliografía, dependiendo de su intensidad (fundamentalmente moderada y grave).

Por último recordar que la Notificación de ESAVIs, desde el año 2010 se puede realizar en forma *on line*, ingresando directamente a:

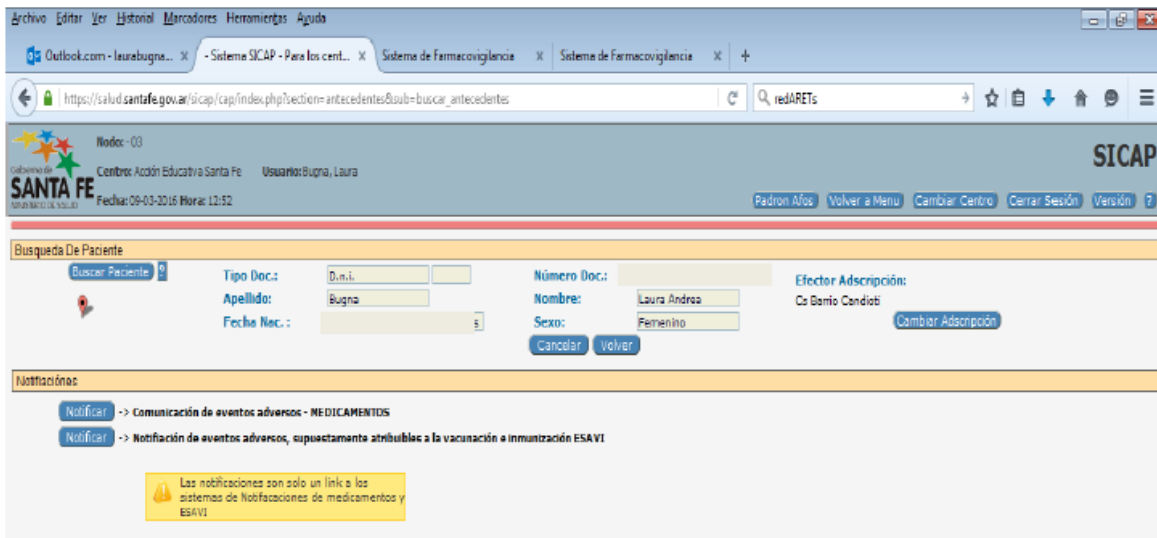
<http://salud.santafe.gov.ar/farmacovigilancia/reporte-esavi.php>

También pueden realizarse desde el programa SICAP como se indica en las siguientes imágenes:





Se ingresa por DNI o datos del paciente y se abren las dos posibilidades de notificación: de Eventos adversos por Medicamento y de ESAVIs como lo muestra la siguiente captura de pantalla:



RECOMENDACIONES PARA UNA MEJOR NOTIFICACIÓN DE ESAVIS.

The screenshot shows a notification form titled "Comunicación de eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización ESAVI". The form includes the following sections:

- Detos Geografico:** Selector dropdown.
- Tipo de ESAVI:** "Asociado a la vacune" (checked) and "Asociado a la vacunación" (unchecked).
- Detos del paciente:** Fields for Apellido, Nombre, Peso, PC, Taille, Edad (with "Años" dropdown), and gender (Masculino/Femenino).
- Condiciones medicas relevantes previas a la vacunación:** A list of conditions with checkboxes: Alergias, Diabetes, Hepatopobes, Disfundones renales, Epilepsa, Inmunoexpresión VIH, Tratamiento Esteroides, Enfermedades autoinmunes, Desubición.
- Medicación concitante:** Text area.
- Estudios complementarios post ESAVI:** Text area.

Two red callouts are present:

- On the left: "Asociado a la vacunación = ERROR PROGRAMÁTIC" (pointing to the checked "Asociado a la vacune" option).
- On the right: "Generalmente incompleto" (pointing to the medical conditions section).



IMPRESINDIBLE

Generalmente incompleto

IMPORTANTE
No imprescindible

IMPRESINDIBLE



Se agradece a todos los notificadores por su permanente participación en el monitoreo de ESAVI en la provincia, demostrando su compromiso con la salud pública.

CAPÍTULO 7

CAPACITACIÓN, EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

Nuestros enfermeros como tutores docentes:

A los efectores de la red provincial asisten los estudiantes de las escuelas provinciales de enfermería dependientes del ministerio de salud de la provincia de Santa Fe. Los mismos son guiados en el proceso de enseñanza aprendizaje por tutores docentes, ya sea en los centros de salud o en los distintos servicios o áreas de nuestros establecimientos sanitarios. Los tutores son enfermeras profesionales con experiencia en el campo de la salud pública.

A partir de Foucault²⁰, entendemos por prácticas a la articulación “de lo que se dice, de lo que se hace, de las reglas que se imponen y de las razones que se dan, de los proyectos y de las evidencias”. Toda práctica implica una acción. Las prácticas del conocimiento son un saber hacer en un campo, en éste caso el campo de la salud. Podrán ser educativas, profesionales o investigativas.

Desde la clínica ampliada las prácticas en salud son prácticas netamente sociales. Las mismas no son una sumatoria de técnicas; “son construcciones que realiza el profesional de la salud en el momento de actuar, procesos que surgen de la reflexión en la acción y para la acción”²¹.

Las enfermeras que ingresen al sistema sanitario podrán ser tutores docentes si así lo quisieran. La tutora enfermera a través de un proceso dinámico, histórico y político produce un conocimiento complejo en salud mediante el cual determina “el cuidado para la vida”, como un fenómeno que trasciende lo físico y el enfoque asistencial. Luego de conocer el campo teórico específico del área de trabajo, desarrolla las prácticas profesionalizantes articulando ambos saberes. El espacio tutorial tiene como objetivo facilitar el desarrollo integral y continuo del estudiante, personalizar la educación superior, fomentar el pensamiento crítico y la autonomía de los educandos; aplicando los conocimientos teóricos a los escenarios reales donde suceden la vida, la enfermedad y la muerte.

²⁰ Michael Foucault, filósofo francés, historiador, psicólogo y teórico social.

²¹ Tutorías. Documento Único. Residencias de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.





Investigación y capacitación permanente:

Es necesaria la capacitación y entrenamiento permanente de la enfermera profesional, ya sea en servicio o fuera de él. El desarrollo teórico de la enfermería ha propiciado la evolución de su conceptualización.

Se hace necesario potenciar y acompañar la investigación en enfermería. La misma tiene 3 propósitos que la hacen indispensable: sirve para delimitar las bases científicas del conocimiento para la práctica, para construir la disciplina (delimita el objeto de estudio y lo describe, analiza, lo explica); y para garantizar la formación de los profesionales

En los siguientes link encontrarás algunos marcos legales que ordenan nuestras prácticas desde la perspectiva de derechos:

Derechos del paciente 2009

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000164999/160432/norma.htm>

Modificatoria 2012 <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

Parto humanizado "Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de Nacimiento"

https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/121698/602034/file/ley_25929%20Parto%20humanizado.pdf

De protección integral para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra la mujer (entre ellas la obstétrica)

<http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/198622/963669/file/Ley%20Provincial%20N%C2%BA%2013348%20de%20protecci%C3%B3n%20integral%20para%20prevenir.%20sancionar%20y%20erradicar%20la%20violencia%20contra%20las%20mujeres.pdf>

Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe

[http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/115466/\(subtema\)/93802](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/115466/(subtema)/93802)

Puede buscar para descargar en telefonía móvil Google play apps calendario de vacunación Gobierno de Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud de la Nación

<http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/184-calendario-nacional-de-vacunacion-2014>





BIBLIOGRAFÍA:

- Ase Iván y Burijovich Jacinta, "La Estrategia de la Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?", Revista Salud Colectiva. Bs. As. Enero/Abril 2009.
- CollierFrancoise, M, "Promover la vida", Madrid Ed. Mc Graw-Hill, Interamericana de España, 1997.
- Colomer Revuelta Concha; Alvarez Carlos, Díaz Dardet; "Promoción de la Salud y Cambio Social", Elsevier, 2000.
- Documento Interno. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. Material mimeo 2010.
- Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Editorial Akal. Madrid. 2005
- Keruack, Susane y otros, "El pensamiento enfermero". Barcelona,Edit. Masson, 2005.
- Medina Moya, José, "La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería". Barcelona, Ed. Leartes, 1998.
- Emerson EliasMerhy, "Cartografía del trabajo vivo en salud". Edit. Lugar. Bs. As. 2008.
- Martínez Trujillo, Nelcy, "La Investigación en Sistemas y Servicios de Salud por enfermería en las revistas científicas", Revista Cubana de enfermería, 2011.
- Perroca MG, Gaidzinski RR; "Sistema de clasificación de pacientes: construcción y validación de un instrumento". RevEscEnferm 1998.
- Programa Nacional Garantía de Calidad, Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica. Noviembre de 1995. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO. FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES Cátedra: Tecnología de la Administración Pública. "El sistema de admisión de los Centros de Salud de la Municipalidad de Rosario" Año 2014. Disponible <https://tecnoadministracionpub.files.wordpress.com/2013/08/2014-centros-de-salud-hito-1.pdf>
- Provincia de Santa FE. Ministerio de Salud. Diseño Curricular Escuelas de Enfermería, Carrera de Enfermería. Octubre 2010.
- Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. Resolución1278/201.





-Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Editorial Interamericana, Bogotá. 2001

-Santos Koerich y ot., "La emergencia de la integralidad e interdisciplinaridad en el sistema de cuidado en salud" Disponible:<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75291> Resolución N° 194 del Ministerio de Salud y Acción Social de La de La Nación.

-Sousa Campos Gastón. "Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia". En, Investigación en Salud, publicación científica de la secretaria de salud pública municipal vol. 6. Nro 1. y 2, Rosario 2003/2004.

